Aus der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg
Direktor: Professor Dr. med. H. Franke

ENTSTEHUNG VON ORGANERKRANKUNGEN UND NACHWEIS NEUROTISCHEN FEHLVERHALTENS BEI PATIENTEN MIT FUNKTIONELLEN STÖRUNGEN AN HERZ UND MAGEN

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Thomas Marx

aus Ulbersdorf

26. September 1979

1980

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543520_0023

Aus der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg
Direktor: Professor Dr. med. H. Franke

ENTSTEHUNG VON ORGANERKRANKUNGEN UND NACHWEIS NEUROTISCHEN FEHLVERHALTENS BEI PATIENTEN MIT FUNKTIONELLEN STÖRUNGEN AN HERZ UND MAGEN

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von
Thomas Marx
aus Ulbersdorf

26. September 1979

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Referent: Priv.-Doz. Dr. med. H.-J. Pusch

Korreferent: Prof. Dr. med. H. Franke

Dekan: Prof. Dr. med. O. Schrappe

Tag der mündlichen Prüfung: 25.7.1980

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
I.	Einleitung	1
II.	Literaturüberblick	4
III.	Krankengut und Methode	6
	A. Auswahl der Patienten	6
	B. Methodik der Untersuchung	9
IV.	Eigene Untersuchungen	14
	A. Struktur des untersuchten Patientenguts	14
	a) Zuordnung zu den Untersuchungsgruppen "Herz" und "Magen"	14
	b) Relation der Geschlechter	15
	c) Altersaufbau	16
	B. Zusammenstellung aller Untersuchungsergebnisse	18
	C. Die Rolle des Neurotizismus im untersuchten Patientengut	50
	a) Testauswertungen MPI	50
	b) Testauswertungen MMQ	58
	c) Testauswertungen Depressionsindex	66
	D. Wandlung funktioneller Beschwerden in organische Erkrankungen	70
	- Entwicklung der funktionellen Beschwerden seit 1962	
	- Organpathologische Veränderungen	
V.	Diskussion der Ergebnisse	77
VI.	Zusammenfassung	91
VII.	Literaturverzeichnis	92
VIII.	Anhang	96

I. EINLEITUNG

Aufgabe der vorliegenden Arbeit ist es, im Rahmen einer Verlaufskontrolle über 10 Jahre bei Patienten mit funktionellen Erkrankungen zu prüfen,

1. in welchem Umfang zum jetzigen Zeitpunkt der Neurotizismus eine Rolle spielt,
2. in welchem Prozentsatz aus funktionellen Beschwerden organische Erkrankungen geworden sind.

Mit funktionellen Erkrankungen, also körperlichen Beschwerdebildern ohne organischen Befund, sieht sich jeder Arzt wohl täglich konfrontiert. Entsprechend seiner Ausbildung versucht er dann, zu einer Diagnose zu gelangen, welche in den meisten Fällen von den körperlichen Symptomen geprägt ist. Dem Arzt bereitet es Unbehagen, wenn er für die Klagen eines Patienten keine organische Ursache findet. Auch der Patient mit funktionellen Beschwerden reagiert mit Unbehagen, wenn sein Arzt "nichts" findet (ILLIG). Psychische Faktoren als Krankheitsursache werden nur bei wenigen Patienten in Betracht gezogen. Die Diagnose der funktionellen Erkrankungen, deren negativer Teil aus dem Ausschluß aller differentialdiagnostisch in Frage kommenden Organkrankheiten und deren positiver Teil aus dem Nachweis innerer oder situativer Konflikte (ILLIG) besteht, sollte möglichst rasch und sicher gestellt werden. Funktionelle Erkrankungen müssen nach v. UEXKÜLL drei Hypothesen erfüllen:

1. Das Beschwerdebild soll das Resultat von Funktionsstörungen sein.
2. Die Funktionsstörungen sollen nicht auf anatomischen Veränderungen beruhen.
3. Sie sollen durch seelische, vor allem emotionale Vorgänge ausgelöst und unterhalten sein.

V. UEXKÜLL deutet aber auch gleichzeitig die Probleme an, um diesen Hypothesen gerecht zu werden. Er zitiert KAUFMANN und stimmt ihm zu:

"Emotionale Erkrankung kann und sollte eine positive und nicht eine Ausschlußdiagnose sein". Anatomische Organveränderungen, welche primär aber angenommen und gesucht werden, liegen nicht offen zutage. Sie müssen gesucht werden. Wann und auf Grund welcher Kriterien dürfen wir aber sicher sein, genug gesucht zu haben? (v. UEXKÜLL)

Die emotionale Erkrankung ist jedoch als positive Diagnose nicht einfach zu stellen. Der Faktor "Zeit" stellt hier vielfach ein unüberwindbares Problem dar - ist es dem Arzt oft genug nur nach vielen Gesprächsstunden möglich, ein Persönlichkeitsprofil des Patienten zu entwerfen.

Für Entstehung und Fortdauer funktioneller Störungen können nach FREYBERGER folgende psychische Faktoren in Frage kommen: aktuelle Belastungssituation, endogene Depression, neurotische Fehlentwicklung.

Nach ALEXANDER hat die Krankheitsentstehung mit emotionalen Zuständen in bestimmten Konfliktsituationen, zum Beispiel bei der Auseinandersetzung mit aktuellen Problemen, einen engeren Zusammenhang als mit einem vagen Persönlichkeitsbild.

STERN schließt sich dieser Meinung in etwa an, weist jedoch auf neurotische Zeichen hin, welche von ALKAN noch mehr betont werden. Auch v. UEXKÜLL spricht von der "neurotischen Konfliktspannung".

Einigkeit scheint jedoch in der Meinung zu herrschen, daß den psychischen Faktoren eine somatische Disposition entgegenkommen muß.

In der vorliegenden Arbeit wurden nur Patienten mit funktionellen Erkrankungen des Herzens - in der weiteren Folge als Gruppe "Herz" bezeichnet - bzw. des Magen-Darm-Traktes - in der weiteren Folge als Gruppe "Magen" bezeichnet - gewählt, weil bekannt ist, daß das kardiovaskuläre und gastrointestinale System besonders häufig betroffen sind (FISCHER-HOMBERGER, CREMERIUS, v. UEXKÜLL).

Der Untersuchung dienten neben der Anamnese das "Maudsley Personality Inventory" (MPI), der "Maudsley Medical Questionnaire" (MMQ) von EYSENCK sowie der "Depressionsindex" nach POPOFF. Weiterhin wurden eine klinische Untersuchung mit EKG, Röntgen und Blutuntersuchung, sowie bei Bedarf weiterführende Untersuchungen, um eine organische Erkrankung nicht zu übersehen, vorgenommen.

II. LITERATURÜBERBLICK

Bereits im 19. Jahrhundert bekannt, dann wieder in Vergessenheit geraten, wurde der Begriff der "Psychosomatik" im zweiten Jahrzehnt unseres Jahrhunderts von DEUTSCH wieder neu in die Literatur eingeführt (BRÄUTIGAM, SCHMIDBAUER). Doch schon in den Jahren zuvor wurden unter anderem von FREUD, v. BERGMANN und v. WEIZSÄCKER die Wechselwirkungen von Körper und Seele beobachtet und zu deuten versucht. Dies wurde dann weitergeführt u.a. von ALEXANDER, der den von FREUD geprägten Begriff der "Konversionshysterie" spezifizierte,indem er zeigen konnte, daß zum Beispiel die "gehemmte Wut" (ALEXANDER) eine spezielle Beziehung zum Herz-Kreislauf-System besitzt. DUNBAR zeigte, daß den jeweiligen psychosomatischen Krankheiten entsprechende Persönlichkeiten zugeordnet werden können (zit. nach BRÄUTIGAM). HAGEDORN konnte dies bestätigen und findet, daß "besonders für den Bereich der muskulären Hohlorgane die psychosomatische Forschung auf der Basis psychoanalytischer Erkenntnisse weitgehende Regelhaftigkeiten zwischen Persönlichkeitsstruktur, Antriebsbereich und befallenem Organ hat aufzeigen können".

Die psychosomatische Medizin erlebte eine Fülle von Strömungen und Richtungen. V. UEXKÜLL unterscheidet "3 Phasen, die sich vielfach überschneiden und durchmischen" und nennt deren wichtigste Vertreter:

1. eine spekulative Phase, welche der naturwissenschaftlichen Medizin ablehnend gegenüberstand (GRODDECK);
2. eine psychophysiologische Phase, in der man sich um eine Synthese naturwissenschaftlicher und psychologischer Methoden bemüht (HEYER, DEUTSCH);
3. eine Phase des wachsenden Methoden- und Problembewußtseins (DUNBAR, ALEXANDER).

In der letzten Zeit ist man mehr und mehr dazu übergegangen, die Krankheiten des psychosomatischen Formenkreises in drei große Gruppen einzuteilen (v. UEXKÜLL, FREYBERGER):

1. primär organische Krankheiten, denen sich später eine psychische Komponente zugesellt;

2. Erkrankungen überwiegend psychischer Natur, die sich an einem Organ oder Organsystemen manifestieren und auch zu einer morphologisch erkennbaren Störung führen (Konversion);

3. funktionelle Störungen, d.h. körperliche Beschwerdebilder, bei denen die zugrundeliegende pathophysiologische Abweichung nicht auf anatomischen Strukturveränderungen beruht (FREYBERGER).

In Umkehrung des Virchow'schen Prinzips können funktionelle Störungen nach einer gewissen Zeit zu morphologisch erkennbaren Umwandlungen an einem Organ führen. Bei Patienten mit funktionellen Herzbeschwerden entspricht nach QUADE (zit. bei CREMERIUS) eine solche Entwicklung der altersspezifischen Erwartung und sei deshalb von untergeordneter Bedeutung. Diese Erfahrung wird auch von DELIUS (zit. bei RICHTER und CREMERIUS) bestätigt.

Dagegen ist bei Patienten mit funktionellen Beschwerden des Magens nach CREMERIUS in höherem Maße mit dem Auftreten von Organbefunden zu rechnen.

Von den Untersuchern wird eine erhebliche Unsicherheit hinsichtlich der Vergleichbarkeit der Studien festgestellt (RICHTER, CREMERIUS).

Die Vergleichbarkeit hinsichtlich psychischer Faktoren ist günstiger. Besonders aus dem englisch-amerikanischen Sprachraum kam eine Reihe von Testbögen, mit deren Hilfe über bestimmte Persönlichkeitsdimensionen von verschiedenen Untersuchern vergleichbare Ergebnisse erzielt werden können. Einer dieser Autoren ist EYSENCK, dessen MPI und MMQ es gestatten, den Neurotizismus und die Intro-/Extraversion von Patienten zu bestimmen. Obwohl HAU bemerkt, daß "wesentliche Symptombereiche, z.B. Magenstörungen, in der N-Skala des MMQ fehlen" und andere Symptome zu wenig berücksichtigt seien, glaubt er doch, daß die N-Skala auf Grund standardisierter Grundlagen benutzbar ist.

Verschiedenen Untersuchern gelang es nun, signifikante Unterschiede zwischen Kontrollpersonen, Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen und Patienten mit somatischen Erkrankungen mit Hilfe dieser Bögen festzustellen (REMER, SAINSBURY).

III. KRANKENGUT UND METHODE

A. AUSWAHL DER PATIENTEN

Die vorliegende Untersuchung wurde an Patienten der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg durchgeführt, welche 11 Jahre vorher, im Jahre 1962, die Poliklinik aufgesucht hatten. Von den Patienten der Ambulanz der Poliklinik des Jahres 1962 - insgesamt 7 470 - wurden jene herausgesucht, bei denen damals folgende Diagnosen oder Symptombeschreibungen angegeben wurden:

Herz - Kreislauf
- funktionelle Herzbeschwerden einschließlich funktioneller Koronarinsuffizienz
- neurozirkulatorische Dystonie
- neurovegetative EKG-Veränderungen
- Exstrasystolen ohne Organbefund
- Orthostase-Syndrom
- labile Hypertonie (Hyperreaktoren)

Magen - Darm
- Aerophagie
- Roemheldsches Syndrom
- Magenfunktionsstörung
- funktionelle Beschwerden in Oberbauchmitte
- Durchfallneigung und abnorm schnelle Breipassage im Colon
- Obstipation, Colonspasmen und abnorm langsame Breipassage
- Colica mucosa
- Dyskinesien der Gallenblase und Gallenwege

Unklare Befunde (Anamnese weist entweder mehr auf Herz- oder Magenstörungen hin)
- ungeklärte leichte Allgemeinerscheinungen
- ungeklärter reduzierter Allgemeinzustand
- ungeklärte erhebliche Beschwerden
- ungeklärte klinische Befunde
- vegetative Dystonie

- Beschwerden infolge chronischer Überlastung
- Neuralgien

Das Jahr 1962 ist jedoch nicht dem Beginn der Krankheit gleichzusetzen. Einerseits suchte eine beträchtliche Anzahl Patienten bereits in den Jahren zuvor die Poliklinik auf, andererseits kann vermutet werden, daß eine nicht minder große Zahl von Patienten wohl schon längere Zeit an ihren Störungen erkrankt war, dann aber vom Hausarzt allein betreut wurde oder überhaupt keinen Arzt aufsuchte.

Bei der Auslese der in Frage kommenden Patienten wurden von vornherein jene ausgeschieden, welche

1. in jenem Jahr Studierende oder Schüler der Universität Würzburg oder einer sonstigen Hochschule bzw. Lehranstalt waren. Wäre wider Erwarten der eine oder andere Patient noch gefunden worden, so war doch in hohem Maße anzunehmen, daß die Entfernung seines jetzigen Wohnortes von Würzburg der Untersuchung entscheidend entgegengestanden hätte.

2. auf Grund des Namens und des Berufes als Gastarbeiter zu erkennen waren; auch hier konnte angenommen werden, daß nach so vielen Jahren nur noch einzelne aufzufinden gewesen wären.

3. die Poliklinik aufsuchten, um ein Gutachten oder eine Bescheinigung zu erhalten oder eine Einstellungsuntersuchung etc. vornehmen zu lassen.

4. funktionelle Störungen anderer Genese (Operationen, Traumen, postinfektiöse Störungen etc.) aufwiesen.

5. Außerdem wurde gefordert, daß die Befunde auf den alten Karteikarten vollständig sind. Dies galt besonders für Anamnese und Status praesens, weiter für die wesentlichsten physikalischen Befunde und Röntgenuntersuchungen.

Die so ausgewählten Unterlagen wurden durchgesehen und dabei noch jene eliminiert, in welchen neben den funktionellen Beschwerden ein organischer Befund festgehalten und eine klare Trennung von Beschwerde und Befund nicht möglich war.

Alle diese ausgewählten ehemaligen Patienten wurden brieflich gebeten, eine beigefügte Postkarte mit ihrer Zu- oder Absage an die Klinik zurückzusenden. Patienten, die bereit waren, an der Untersuchung teilzunehmen, wurden daraufhin zu einem bestimmten Termin einbestellt. An die behandelnden Ärzte, deren Namen wir aus den alten Krankenblättern erfuhren, wurde ebenfalls ein Brief gerichtet mit der Bitte, auf das Anliegen der Untersuchung einzugehen und die Patienten in diesem Sinn zu beraten.

Am Beginn jeder Untersuchung stand eine erweiterte und ausführliche Anamnese. Bei dieser Anamnese wurde ein besonderes Augenmerk auf die soziale Situation des Patienten gerichtet. Weiterhin wurde versucht, möglichst genau zu erfahren, wie jeweils die letzten 10 Jahre in gesundheitlicher Hinsicht verliefen (Verlauf des Beschwerdebildes, eventueller Symptomenwandel).

Noch vor der klinischen Untersuchung bekamen alle Patienten die Testbögen - das "Maudsley Personality Inventory" (MPI), den "Maudsley Medical Questionnaire" (MMQ) und den "Depressionsindex" - mit der Bitte, diese vollständig auszufüllen.

B. METHODIK DER UNTERSUCHUNG

ISERMANN nennt 6 psychiatrische Krankheitsbilder, die abdominelle Beschwerden hervorrufen können: die echten endogenen Depressionen einschließlich der larvierten Verstimmungszustände, die Organneurosen, sowie zirkumskripte Hypochondrien, hirnorganisch bedingte Hypochondrien, schizophrene Erkrankungen mit Leibgefühlsstörungen und hysterische Konversionssyndrome (evtl. mit Operationssucht). Die beiden erstgenannten Formen wurden auch von anderen Autoren (v. UEXKÜLL, v. WEIZSÄCKER) - zum Beispiel bei funktionellen Beschwerden des Herzens - beobachtet und beschrieben.

Zwei wichtige Dimensionen der menschlichen Persönlichkeit, die neurotische Tendenz und die Extraversion-Introversion, können mit Hilfe des MPI gemessen werden. Dieser Persönlichkeitsfragebogen wurde in den Jahren um 1950 von EYSENCK entwickelt. Der Test (s. Anlage) umfaßt 48 Fragen. Die Fragen der beiden Skalen sind vermischt, wobei 24 auf die neurotische Tendenz (N-Skala) und gleichfalls 24 auf Extraversion-Introversion (E-Skala) entfallen. Der Proband kann bei der Beantwortung jeweils zwischen "Ja" und "Nein" wählen; in besonders schwierigen Fällen besteht die Möglichkeit, "?" anzukreuzen. Die Beantwortung sollte möglichst rasch durchgeführt werden, um die unmittelbare Reaktion des Probanden zu erfassen.

Die Auswertung wird mit Hilfe eines Lösungsschlüssels durchgeführt. Alle Fragen der N-Skala (2-3-6-7-10-11-13-15-17-19-21-23-25-27-29-31-33-35-37-39-41-43-45-47), die mit "Ja" beantwortet wurden, erhalten 2 Punkte und alle "?" innerhalb der N-Skala 1 Punkt. "Nein"-Antworten erhalten keinen Punkt. Innerhalb der E-Skala bekommen die Fragen 1-4-5-8-9-12-20-26-28-32-34-38-42-44-46-48 bei "Ja" 2 Punkte, während die Fragen 14-16-18-22-24-30-36-40 bei "Nein" 2 Punkte erhalten. Für "?" gibt es bei allen Fragen 1 Punkt. Die jeweilige Summe der Punkte bildet das Ergebnis für die Höhe der neurotischen Tendenz und der Extraversion-Introversion.

Der MMQ (s. Anhang) wurde noch vor dem MPI ebenfalls von EYSENCK herausgegeben (einzelne Fragen des MMQ sind auch im MPI enthalten). Sein Ziel ist gleichfalls die Bestimmung der neurotischen Tendenz (N-Skala). EYSENCK

stellte dabei fest, daß man mit Hilfe dieser Skala nicht nur Neurotiker von Nichtneurotikern unterscheiden, sondern innerhalb dieser beiden Gruppen auch mehr neurotische von weniger neurotischen Personen trennen kann. Der MMQ enthält daneben noch sogenannte Lügenfragen (L-Skala), die als Kontrollfragen zwischen die Fragen der N-Skala gemischt sind und zur Entlarvung von Simulation wie auch Dissimulation dienen. Es werden 56 Fragen angeboten, wovon 38 als die eigentlichen Testfragen hinsichtlich der neurotischen Tendenz anzusehen sind, während die restlichen 18 die L-Skala bilden. Die Auswertung erfolgt hier ebenfalls mit Hilfe eines Lösungsschlüssels: Die Beantwortung der Fragen der N-Skala (1-4-5-6-8-10-11-12-14-16-17-19-20-22-24-26-28-30-32-34-35-36-38-40-42-43-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56) mit "ja" wird jeweils mit 1 Punkt bewertet, während die Fragen der L-Skala (2-3-7-9-13-15-18-21-23-25-27-29-31-33-37-39-41-44) nur bei Beantwortung mit "nein" einen Punkt erhalten. Die Summe der Punkte der jeweiligen Skala stellt den Endwert der neurotischen Tendenz und des Lügenwertes des jeweiligen Probanden dar. Entsprechend den Normwerten (s. unten) sollten Testbögen mit hohen oder niedrigen Werten der L-Skala vorsichtig interpretiert werden.

Beide Testbögen, sowohl MPI als auch MMQ, sind nach EYSENCK unter anderem auch für allgemeindiagnostische Zwecke gut geeignet. Sie erlauben danach eine Verbesserung der Diagnose sowie den Vergleich einer Reihe von Patienten. Nicht möglich sind differentialdiagnostische Aussagen im psychiatrischen Bereich. Auch muß man sich vergegenwärtigen, daß nur ein Momentbild vom Patienten wiedergegeben wird. Besonders hervorzuheben sind jedoch die Ökonomie und die Objektivität der Testbögen. Die Gültigkeit von MPI und MMQ für deutsche Verhältnisse wurde von ARENZ geprüft. Er konnte die Aussagen EYSENCK's weitgehend bestätigen, bemerkte jedoch, daß die Zuverlässigkeit durch die Übersetzung geringfügig gelitten habe, was allerdings keine Einschränkung der Brauchbarkeit darstelle. Die Ergebnisse lassen MPI und MMQ für die vorliegende Arbeit als geeignet erscheinen.

ARENZ fand für Deutschland folgende Normwerte:

MPI-N-Skala:	bis 22 Punkte	normal
	22 - 24 Punkte	verdächtig
	über 24 Punkte	pathologisch
MPI-E-Skala:	unter 22 Punkte	Introversion
	22 - 24 Punkte	normal
	über 24 Punkte	Extraversion

Für MMQ fanden sich bei EYSENCK folgende Einteilungen, welche hier zum Vergleich mit angegeben sind:

MMQ-N-Skala

ARENZ			EYSENCK		
bis 15 Punkte	=	normal	0 - 14 Punkte	=	normal
15 - 17 Punkte	=	verdächtig	15 - 20 Punkte	=	Normalität zweifelhaft
mehr als 17 Punkte	=	pathologisch	21 - 26 Punkte	=	abnorm
			27 Punkte und höher	=	schwerwiegend abnorm

MMQ-L-Skala

ARENZ			EYSENCK		
			0 - 2 Punkte	=	zweifelhaft (Dissimulation)
bis 13 Punkte	=	normal	3 - 9 Punkte	=	normal
14 - 16 Punkte	=	zweifelhaft	10 - 12 Punkte	=	zweifelhaft (Simulation)
über 16 Punkte	=	uninterpretierbar	13 - 18 Punkte	=	uninterpretierbar

Die Depressivität bzw. depressive Stimmung wurde mit Hilfe des "Index of Depression" untersucht, welcher von POPOFF entwickelt und vor einiger Zeit von der Firma CIBA-GEIGY im Rahmen des wissenschaftlichen Informationsdienstes publiziert wurde (s. Anhang). Diesem Fragebogen liegen 15 immer wieder genannte Beschwerdeformen zugrunde, welche vor allem von Patienten mit larvierter Depression erwähnt werden. Diese Angaben "erlauben es dem Patienten, eine Fassade der Selbstachtung aufrechtzuerhalten und einer Selbstkritik aus dem Wege zu gehen, während er seine Notlage indirekt signalisiert" (POPOFF).

Dieser Aussage larvierter Stimmung wurde jeweils eine Aussage beigeordnet, die von Patienten mit offener Depression und von psychisch gesunden Patienten gewöhnlich gemacht werden. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: Die "motorische Hemmung" wird von larviert depressiven Patienten mit "vielleicht werde ich nur älter", von offen depressiven Patienten mit "mir macht alles Mühe" charakterisiert, während der psychisch gesunde, nicht depressive Patient gewöhnlich "ich bin voller Energie" sagt.

Der Fragebogen will nicht unbedingt eine fertige Diagnose anbieten. Wenn bei 10 und mehr Fragengruppen diejenige Aussage angekreuzt wird, die einer offenen oder larvierten Depression entspricht, sollte dies Anlaß sein, diese vorläufige Diagnose weiter zu verfolgen. Die Auswertung erfolgt mit Hilfe einer Schablone, so daß auch hier eine große Objektivität gewährleistet ist. POPOFF sieht den Vorteil seines Fragebogens in der Tatsache, daß dem Arzt damit ein Mittel gegeben wird, mit dem er sich eine gewisse Übersicht schaffen kann. Viele seiner Patienten sind mit einer larvierten Depression behaftet, die von somatischen Beschwerden überdeckt wird. Selten ist genügend Zeit für ein tiefergehendes Gespräch gegeben, welches den Arzt die Hintergründe erkennen läßt.

Die klinische Untersuchung umfaßt neben der körperlichen Untersuchung des Patienten das Routineprogramm der Medizinischen Poliklinik Würzburg, bestehend aus EKG, Röntgen-Thorax, Glucosebelastungstest, Urinstatus, Blutbild, Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, Blutuntersuchung mit Hilfe des Autoanalyzers (SMA 6/60 TZ Type 144-0207) und Serum-Elektrophorese. Da-

neben wurden die Herzpatienten - wo vertretbar - einer Belastungsergometrie unterworfen. Wenn pathologische Werte oder Befunde es erforderten, wurde die Diagnostik entsprechend den Möglichkeiten weitergeführt (Phonokardiogramm, Magenfunktionstests, Kontrastdarstellungen von Gallenblase und Darm etc.).

IV. EIGENE UNTERSUCHUNGEN

A. STRUKTUR DES UNTERSUCHTEN PATIENTENGUTES

a) Zuordnung zu den Untersuchungsgruppen "Herz" und "Magen"

Nach Berücksichtigung der genannten Auswahlkriterien kamen von insgesamt 7 470 Patienten 406 Patienten (5,4 %) für die Untersuchung in Frage, von denen wiederum 180 Patienten der Gruppe "Magen" und 226 Patienten der Gruppe "Herz" zugeordnet wurden.

CREMERIUS erreichte ein Ergebnis, das höher lag (7 %) und zitiert eine Reihe von Untersuchungen, deren Resultate überwiegend ebenfalls höher waren. V. UEXKÜLL berichtet von einer Zusammenstellung mit der Aufgabe, die Zahl der reinen "funktionellen Syndrome" zu ermitteln. Entscheidend war für ihn das Fehlen eines organischen Befundes für die Diagnose "vegetative Beschwerden", die bei 7 825 Patienten in 25,5 % aller Fälle gestellt wurde.

Die für die vorliegende Untersuchung gefundene Anzahl Patienten läßt sich wohl durch die Beschränkung auf die funktionellen Erkrankungen des Herzens und Magen-Darm-Traktes sowie durch die aufgeführten Auswahlkriterien erklären. An dieser Stelle darf jedoch nicht unerwähnt bleiben, daß außerdem die bereits genannte Vielfalt der Meinungen und Anschauungen sowie eine gewisse fachliche Ausrichtung der jeweiligen Kliniken und Polikliniken zu einer erheblichen Unsicherheit hinsichtlich der vergleichenden statistischen Untersuchungen führen.

Von den 406 (= 100 %) angeschriebenen Patienten zeigten 184 (45 %) keinerlei Reaktion; 62 (15 %) Briefe kamen als nicht zustellbar zurück. 36 Patienten (9 %) erteilten aus den verschiedensten Gründen Absagen bzw. hatten zuerst der Untersuchung zugestimmt, erschienen dann aber doch nicht zum vereinbarten Termin. Untersucht werden konnten 124 Patienten (31 %), davon 41 Patienten der Gruppe "Magen" (= 23,5 % von 180 angeschriebenen Patienten) und 83 Patienten der Gruppe "Herz" (= 36 % von 226 angeschriebenen Patienten).

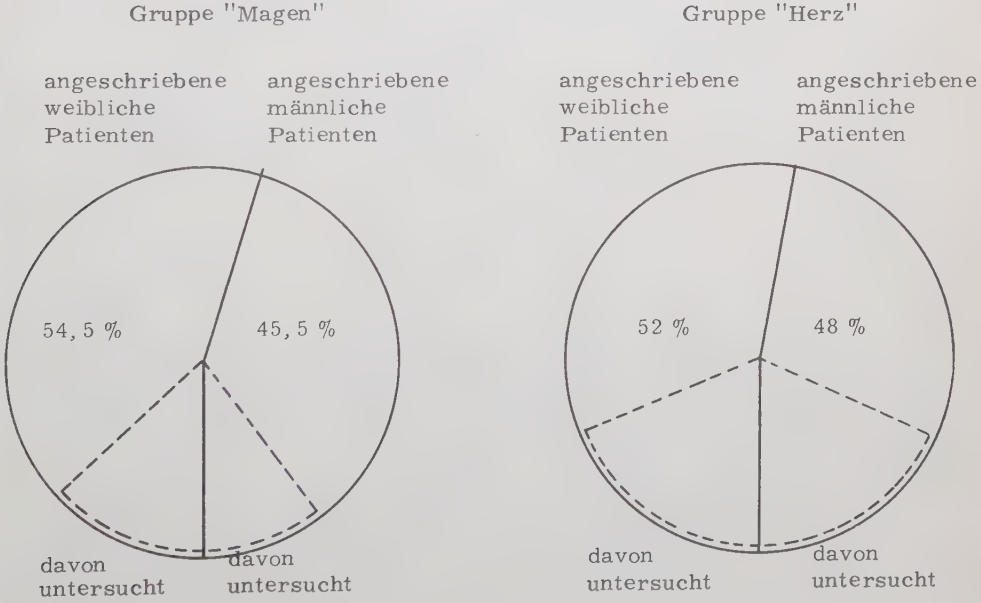
b) Relation der Geschlechter

In beiden Gruppen überwiegen die Frauen im ausgewählten Patientengut. Dies trifft sowohl für die 406 angeschriebenen Personen als auch für die zur Untersuchung erschienen Patienten zu, wobei die Relation der Geschlechter zueinander annähernd konstant blieb (s. auch Tabelle 1 und Abbildung 1).

Tabelle 1 - Relation der Geschlechter im angeschriebenen bzw. untersuchten Patientengut -

	angeschrieben				untersucht			
	♀	%	♂	%	♀	%	♂	%
Magen	98	= 54,5	82	= 45,5	23	= 56	18	= 44
Herz	118	= 52	108	= 48	42	= 51	41	= 49

Abbildung 1 - Relation der Geschlechter im angeschriebenen bzw. untersuchten Patientengut -



CREMERIUS beobachtete insgesamt ebenfalls ein Überwiegen von weiblichen Patienten mit funktionellen Syndromen. In der Syndromgruppe "Magen" stellte er jedoch in seinem Ausgangsmaterial ein Überwiegen der Männer fest, welches sich allerdings nach Abschluß seiner Untersuchung ebenfalls zu Gunsten der Frauen verändert hatte. FRANKE fand gleichfalls ein Übergewicht der Frauen bei 655 Patienten mit vegetativer Dystonie.

c) Altersaufbau

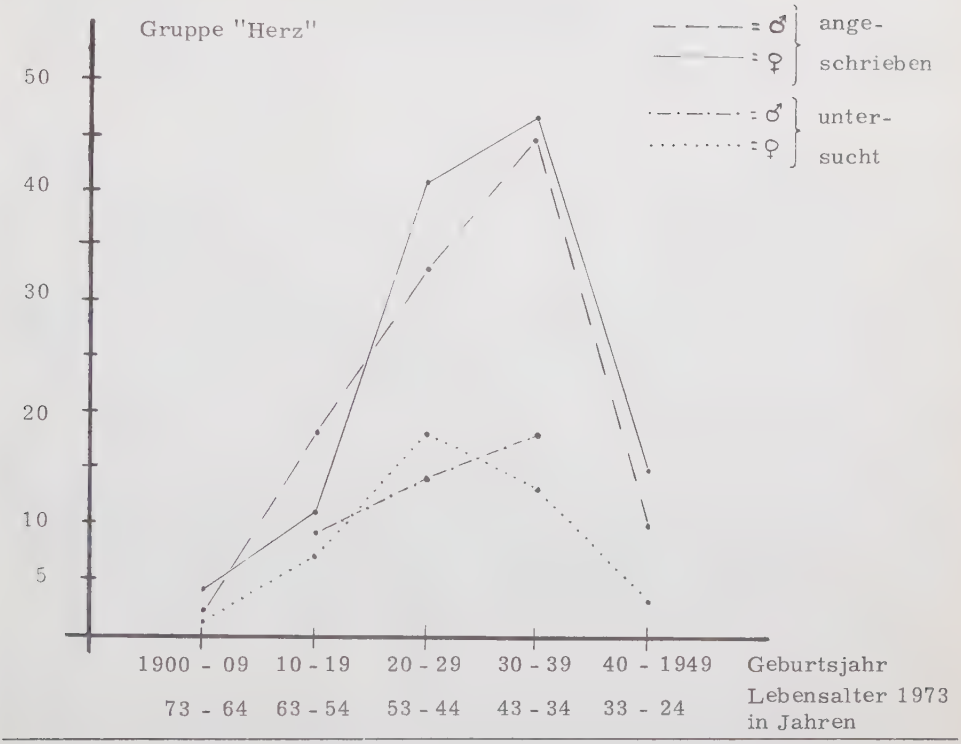
Beim Altersaufbau ist zu erkennen, daß in beiden Gruppen die größte Häufigkeit funktioneller Beschwerden bei Patienten der Geburtsjahrgänge 1920 bis 1939 angetroffen wurde, d.h. die meisten Patienten waren 1962 etwa zwischen 23 und 42 Jahre alt. Diese Feststellung trifft auf beide Geschlechter zu, was durch das errechnete Durchschnittsalter bestätigt wird. V. UEXKÜLL beobachtete in der bereits zitierten Arbeit einen ähnlichen Altersaufbau.

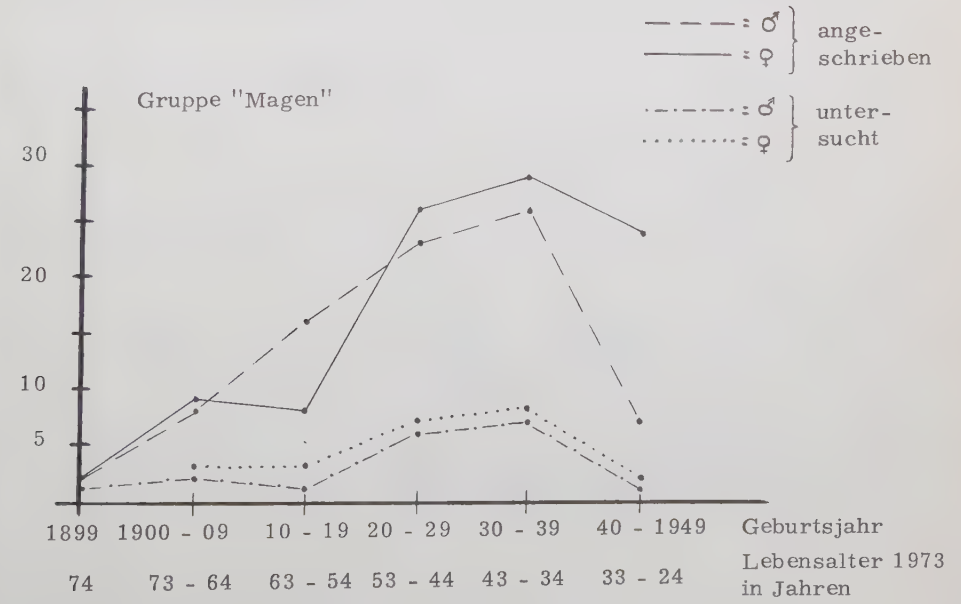
Tabelle 2 - Durchschnittsalter -

	1962	1973
Herz ♂	33,9 Jahre	46,6 Jahre
Herz ♀	32,6 Jahre	45,6 Jahre
Magen ♂	37,5 Jahre	49,0 Jahre
Magen ♀	33,3 Jahre	48,5 Jahre
Herz (♂+ ♀)	33,2 Jahre	46,1 Jahre
Magen (♂+ ♀)	35,4 Jahre	48,7 Jahre
Herz + Magen	34,1 Jahre	46,9 Jahre

Es ist außerdem zu erkennen, daß die Verteilung der funktionellen Beschwerden in der Gruppe "Magen" mehr als in der Gruppe "Herz" auch alle übrigen Altersstufen erfaßt, was sich am "runden" bzw. am "spitzen" Gipfel der Abbildung 2) deutlich ablesen läßt.

Abbildung 2) - Altersverteilung -





In der Gruppe "Magen" entspricht die Altersverteilung der untersuchten Patienten im wesentlichen der der angeschriebenen Patienten. Im Verhältnis gesehen haben sich in der Gruppe "Herz" mehr ältere Patienten für die Untersuchung zur Verfügung gestellt.

B. ZUSAMMENSTELLUNG ALLER UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE

Alle Untersuchungsergebnisse sind in der nachfolgenden Tabelle 3) zusammengefaßt, wobei eine Aufteilung in die beiden Gruppen "Herz" und "Magen" und innerhalb dieser Gruppen eine Trennung nach Geschlechtern vorgenommen wurde.

Die Aufstellung der Beschwerden 1962 bzw. 1973 stellt eine Zusammenfassung der am häufigsten genannten Beschwerdebilder dar. Diese sind bei Patienten mit Herzbeschwerden: Herzklopfen und -jagen, anfallsartige Beschwerden, Herzschmerzen und -stechen, Herzdruck, Schwindelanfälle, innere Unruhe, Magen-Darm-Störungen und Schlafstörungen. Bei Patienten mit Magen-Darm-Beschwerden werden Völlegefühl, Schmerz bzw. Druck im Bauch, Obstipation, Appetitstörungen, Erbrechen/Brechreiz/Übelkeit, Nichtvertragen von Speisen oder/und Getränken, Durchfälle und Herz-/Kreislaufbeschwerden aufgeführt. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden einige einander ähnliche Beschwerden in einer Spalte zusammengefaßt (z.B. Erbrechen/Brechreiz/Übelkeit).

In den Spalten "Diagnose(n) 1962/1973" erscheinen die Angaben des Krankenblattes des jeweiligen Jahres. Diagnosen, die das internistische Fachgebiet nicht direkt berühren, wurden in () gesetzt. Einige wenige Patienten werden als (gesund) bezeichnet, da in diesen Fällen keine Diagnose gestellt werden konnte.

In der Spalte "Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962" wird das subjektive Empfinden des jeweiligen Patienten wiedergegeben. Es wird hier also vor allem die Qualität der Beschwerden erfaßt, welche zur Quantität nur eine geringe Beziehung erkennen läßt. Die Charakterisierung "stärker, unverändert, schwächer, normalisiert" beschreibt den momentanen Zustand, so wie der

Patient ihn bot. Die Bezeichnung "normalisiert" wurde gewählt, um zu zeigen, daß in somatischer Hinsicht ein Normalzustand, d.h. die Beschwerdefreiheit, gegeben ist. Die psychische Situation - das zeigen die Tests - weicht oft davon ab, so daß "gesund" nicht vertretbar erschien.

Bei den Aussagen in der Rubrik "Pathologische Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973" wurde streng Bezug genommen auf die Aussagen der Patienten 1973. Deshalb kommt es vor, daß bei jenen Patienten, deren Beschwerdebild sich "normalisiert" hat, auch dann "nein" zu lesen ist, wenn in der Spalte "Diagnose(n) 1973" ein Organbefund ausgewiesen ist. Alle diese Patienten geben an, daß sie entweder schon länger oder zur Zeit beschwerdefrei seien.

Hinsichtlich der ausgewiesenen Testergebnisse wird auf die bereits erwähnten Normalwerte verwiesen. Zur besseren Darstellung wurden alle vom Normalbereich abweichenden Ergebnisse unterstrichen. Von insgesamt 17 Patienten wurden die Testbögen weitgehend unvollständig oder falsch ausgefüllt. Diese Ergebnisse wurden daher nicht in die Tabelle übernommen.

Tabelle 3)

Name des Patienten	Alter 1973	Beschwerden 62							Diagnose(n) 1962	Beschwerden 73						
		Herzklopfen/-jagen	Anfallsartige Beschwerd.	Herzschmerzen/-stechen	Herzdruck	Schwindelanfälle	Innere Unruhe	Magen-Darm-Störungen	Schlafstörungen		Herzklopfen/-jagen	Anfallsartige Beschwerd.	Herzschmerzen/-stechen	Herzdruck	Schwindelanfälle	Innere Unruhe	Magen-Darm-Störungen	Schlafstörungen
Männer																		
B. H.	37	x							veg. Dystonie	x								
B. O.	55	x							Fettsucht, funkt. Herzbeschwerden einschl. funkt. Koronarinsuff.					x				
B. W.	58				x				Fettsucht, funkt. Beschwerden in Oberbauchmitte				x	x				
B. S.	45				x				funkt. Herzbeschwerden einschl. funkt. Koronarinsuff.									
C. P.	60			x					funkt. Herzbeschwerden einschl. funkt. Koronarinsuff.				x					
D. H.	43			x					funkt. Herzbeschwerden einschl. funkt. Koronarinsuff.									
E. G.	47			x		x		x	ess. Hochdruck von syst. 170 mmHg und mehr veg. Dystonie				x		x			
E. A.	35	x		x					funkt. Herzbeschwerden einschl. funkt. Koronarinsuff., veg. Dystonie									

Diagnose(n) 1973	Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962	Path. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	MPI-N-Skala	MPI-E-Skala	MMQ-N-Skala	MMQ-L-Skala	Depressionsindex
Verd. auf Diabetes mell.	unveränd.	nein	24	14	19	6	1
lat. Diab. mell., Hypertonie, beginn. Cor hypertonicum, Narbenbulbus	unveränd.	ja	30	10	22	11	13
Kardiosklerose, lat. diabet. Stoffwechsellage, Fettleber	unveränd.	nein	23	20	-	-	8
leichte lat. diabet. Stoffwechsellage, Fettleber	normalis.	nein	22	15	14	9	7
Koronarinsuffizienz, subklin. Altersdiabetes, Dysproteinämie unklarer Genese, Hypertonie ohne Anhalt für Renalisation	stärker	ja	12	36	8	4	10
latente diabet. Stoffwechsellage	normalis.	nein	20	27	6	13	-
depressive Verstimmung	unveränd.	nein	28	15	20	10	13
subklin. diabet. Stoffwechsellage	normalis.	nein	12	21	7	9	2

Name des Patienten	Alter 1973	Beschwerden 62								Diagnose(n) 1962	Beschwerden 73							
		Herzklopfen/-jagen	Anfallsartige Beschwerd.	Herzschmerzen/-stechen	Herzdruck	Schwindelanfälle	Innere Unruhe	Magen-Darm-Störungen	Schlafstörungen		Herzklopfen/-jagen	Anfallsartige Beschwerd.	Herzschmerzen/-stechen	Herzdruck	Schwindelanfälle	Innere Unruhe	Magen-Darm-Störungen	Schlafstörungen
Fe. A.	61				x					funkt. Herzbeschwerden einschl. funkt. Koronar-insuffizienz			x					x
Fi. A.	41			x						funkt. Herzbeschwerden einschl. funkt. Koronar-insuffizienz								
G. R.	37						x			vegetative Dystonie				x				
H. R.	53			x						funktionelle Beschwerden in Oberbauchmitte			x					
He. K.	53				x	x		x		neurozirkulatorische Dystonie, Obstipation, Colonspasmen und abnorm langsame Breipassage, Psychopathie				x			x	
H. J.	40			x						ungeklärte anamnestische Angaben				x				
Ho. K.	36			x						funktionelle Herzbeschwerden einschl. funktioneller Koronarinsuffizienz				x				
H. W.	43		x			x				vegetative Dystonie				x				x
Kl. K.	42		x			x				vegetative Dystonie	matt und müde							

Diagnose(n) 1973	Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962	Path. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	MPI-N-Skala	MPI-E-Skala	MMQ-N-Skala	MMQ-L-Skala	Depressionsindex
Altersdiabetes, Pneumonie, Lungenemphysem	stärker	ja	28	20	19	9	14
(beg. Arthrosis deform. beider Hüftgelenke, Hauterkrankung)	normalis.	nein	18	26	13	14	6
Myocarditis, Hyperurikämie, funkt. Hyperbilirubinämie	stärker	ja	10	18	23	15	8
beginnende Koronarinsuffizienz subklin. Diabetes mellitus	unveränd.	ja	0	42	2	13	3
latente diab. Stoffwechsellage, atherogene Stoffwechsellage	unveränd.	nein	26	42	22	8	10
(gesund)	unveränd.	nein	20	25	15	13	7
umschriebene Lungenschrumpf. links	schwächer	nein	18	32	18	14	5
subklin. Diabetes mellitus, atherogene Stoffwechsellage	stärker	nein	24	34	19	4	11
Verdacht auf larvierte Depression	unveränd.	nein	30	5	21	9	11

Name des Patienten	Alter 1973	Beschwerden 62								Diagnose(n) 1962	Beschwerden 73							
		Herzklopfen/-jagen	Anfallsartige Beschwerd.	Herzschmerzen/-stechen	Herzdruck	Schwindelanfälle	Innere Unruhe	Magen-Darm-Störungen	Schlafstörungen		Herzklopfen/-jagen	Anfallsartige Beschwerd.	Herzschmerzen/-stechen	Herzdruck	Schwindelanfälle	Innere Unruhe	Magen-Darm-Störungen	Schlafstörungen
K. A.	63	x				x				Hypotonie und hypotone Regulationsstörung, veg. Dystonie, Mineralstoffwechselstörung			x		x			
Ko. K.	46			x	x					vegetative Dystonie								
L. E.	61				x					funktionelle Herzbeschwerden einschl. funktioneller Koronarinsuffizienz								
L. O.	42	x								Fettsucht, ess. Hochdruck von syst. 170 mm Hg und mehr, ungeklärte anamnestische Angaben	x							
L. F.	50			x						funktionelle Herzbeschw. einschl. funktioneller Koronarinsuff., Psychose				x				
L. H.	38				x				x	vegetative Dystonie				x				
M. F.	41			x						funktionelle Herzbeschw. einschl. funktioneller Koronarinsuffizienz				x	x			
M. H.	51				x					funktionelle Herzbeschw. einschl. funktioneller Koronarinsuffizienz			x					

Diagnose(n) 1973	Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962	Path. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	MPI-N-Skala	MPI-E-Skala	MMQ-N-Skala	MMQ-L-Skala	Depressionsindex
Diabetes mellitus, Verdacht auf Leberparenchymschaden, Kardiosklerose, Verdacht auf Kataplexie	unveränd.	ja	38	10	-	-	-
Adipositas, Verd. auf lat. diab. Stoffwechsellage, Herzhypertrophie mit beg. Innenschichtischäm.	normalis.	nein	6	20	5	10	5
Hypertonie, Cor hypertonicum	normalis.	nein	(30)	(20)	-	-	-
Adipositas, Fettleber	unveränd.	nein	12	20	-	-	-
lat. diab. Stoffwechsellage, Kardiosklerose	unveränd.	ja	34	32	13	11	11
subklin. Diabetes mellitus, Verd. auf Fettleber, Hyperurikämie	schwächer	nein	37	25	17	8	7
lat. diab. Stoffwechsellage, Orthostase-Syndrom	unveränd.	ja	32	25	18	13	9
Hypertonie, Koronarinsuffizienz, Fettleber	unveränd.	ja	41	12	29	7	12

Name des Patienten	Alter 1973	Beschwerden 62								Diagnose(n) 1962	Beschwerden 73							
		Herzklopfen/-jagen	Anfallsartige Beschwerd.	Herzschmerzen/-stechen	Herzdruck	Schwindelanfälle	Innere Unruhe	Magen-Darm-Störungen	Schlafstörungen		Herzklopfen/-jagen	Anfallsartige Beschwerd.	Herzschmerzen/-stechen	Herzdruck	Schwindelanfälle	Innere Unruhe	Magen-Darm-Störungen	Schlafstörungen
M. K.	51				x	x				neurozirkulatorische Dystonie, ess. Hochdruck von syst. 170 mm Hg und mehr				x				
N. H.	56			x						ungeklärte erhebliche Beschwerden, Neuralgien				x				
P. W.	41					x			x	funktionelle Herzbeschw. einschl. funktioneller Koronarinsuffizienz, neurozirkulatorische Dystonie, veg. Dystonie				x				
R. E.	41				x	x				psychogene Störungen und Neurosen				x				
S. H.	44				x					vegetative Dystonie				x				
Sche W.	37	x		x						vegetative Dystonie				x				
Sch. F.	57		x	x	x					vegetative Dystonie		x						
Schr. W.	38			x	x					Struma diff. ohne endokrine Wirksamkeit, vegetative Dystonie				x				
Sch. K.	47			x	x					vegetative Dystonie			x					
S. O.	44			x		x				Hypotonie und hypotone Regulationsstörung, vegetative Dystonie								

Diagnose(n) 1973	Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962	Path. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	MPI-N-Skala	MPI-E-Skala	MMQ-N-Skala	MMQ-L-Skala	Depressionsindex
subklin. diab. Stoffwechsellage atherogene Stoffwechsellage	schwächer	nein	34	17	21	12	5
(Duplay'sche Erkrankung rechts)	unveränd.	nein	4	33	8	11	7
Fettleber	schwächer	nein	29	30	20	11	6
vegetative Dysregulation	unveränd.	nein	20	18	18	7	9
Adipositas, Hypertonie	unveränd.	nein	10	33	7	9	6
labile Hypertonie	schwächer	nein	15	19	9	6	1
Klimakterium virile	unveränd.	nein	16	14	18	14	-
lat. diab. Stoffwechsellage, atherogene Stoffwechsellage, Hyperurikämie	schwächer	nein	6	34	-	-	3
(Hüftgelenksversteifung rechts wegen Knochen-Tbc)	stärker	nein	20	30	22	11	10
lat. diab. Stoffwechsellage, atherogene Stoffwechsellage, Fettleber, Koronarinsuffizienz	normalis.	nein	3	33	4	14	2

Name des Patienten	Alter 1973	Beschwerden 62								Diagnose(n) 1962	Beschwerden 73							
		Herzklopfen/-jagen	Anfallsartige Beschwerd.	Herzschmerzen/-stechen	Herzdruck	Schwindelanfälle	Innere Unruhe	Magen-Darm-Störungen	Schlafstörungen		Herzklopfen/-jagen	Anfallsartige Beschwerd.	Herzschmerzen/-stechen	Herzdruck	Schwindelanfälle	Innere Unruhe	Magen-Darm-Störungen	Schlafstörungen
S. H.-J.	59						x	x		Fettsucht, psychogene Störungen und Neurosen						x		
T. F.	45			x	x					funktionelle Herzbeschw. einschl. funktioneller Koronarinsuffizienz				x				
V. H.	45	x			x	x				funktionelle Herzbeschw. einschl. funktioneller Koronarinsuffizienz, neurozirkulatorische Dyst., vegetative Dystonie				x				
W. R.	42				x					funktionelle Herzbeschw. einschl. funktioneller Koronarinsuffizienz				x				
W. A.	41				x					funktionelle Herzbeschw. einschl. funktioneller Koronarinsuffizienz, psychogene Störungen und Neurosen, veg. Dystonie				x				
Z. H.	44					x				vegetative Dystonie							x	

Diagnose(n) 1973	Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962	Path. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	MPI-N-Skala	MPI-E-Skala	MMQ-N-Skala	MMQ-L-Skala	Depressionsindex
Zust. nach Rektumamputation, Cor hypertonicum	schwächer	ja	18	30	-	-	-
Hyperlipidämie	unveränd.	nein	24	14	8	11	7
atherogene Stoffwechsellage	schwächer	nein	17	33	13	13	7
(gesund)	stärker	nein	38	20	29	5	14
funkt. Herzbeschwerden	unveränd.	nein	4	23	7	15	1
lat. diab. Stoffwechsellage	unveränd.	nein	10	30	11	12	4

Name des Patienten	Alter 1973	Beschwerden 62								Diagnose(n) 1962	Beschwerden 73							
		Herzklopfen/-jagen	Anfallsartige Beschwerd.	Herzschmerzen/-stechen	Herzdruck	Schwindelanfälle	Innere Unruhe	Magen-Darm-Störungen	Schlafstörungen		Herzklopfen/-jagen	Anfallsartige Beschwerd.	Herzschmerzen/-stechen	Herzdruck	Schwindelanfälle	Innere Unruhe	Magen-Darm-Störungen	Schlafstörungen
Frauen																		
B. R.	51	x		x			x			funktionelle Herzbeschw. einschl. funktioneller Koronarinsuffizienz, vegetative Dystonie				x				x
B. P.	43	x								funktionelle Herzbeschw. einschl. funktioneller Koronarinsuffizienz				x	x			
Bi. H.	56				x					funktionelle Herzbeschw. einschl. funktioneller Koronarinsuffizienz, neurozirkulatorische Dyst.				x			x	
B. M.	31		x		x	x	x	x	x	vegetative Dystonie				x				
B. S.	62		x							vegetative Dystonie				x				
B. U.	35		x							vegetative Dystonie		x						
Br. H.	47				x					funktionelle Herzbeschw. einschl. funktioneller Koronarinsuffizienz		x	x					
B. E.	49	x	x							vegetative Dystonie	x			x				x

Diagnose(n) 1973	Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962	Path. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	MPI-N-Skala	MPI-E-Skala	MMQ-N-Skala	MMQ-L-Skala	Depressionsindex
subklin. Diab. mellitus	schwächer	nein	12	38	16	8	6
lab. Hypertonie mit Orthostase-reaktion, allergische Diathese	unveränd.	nein	36	26	14	9	9
deutliche Kardiosklerose, subklin. Diab. mellitus	unveränd.	ja	-	-	-	-	9
neurotische Fehlhaltung, Zervikalsyndrom	unveränd. stark	nein	44	16	31	10	15
Struma nodosa, Hiatushernie, Hypertonie	unveränd.	ja	32	14	26	14	14
vegetative Dystonie	unveränd.	nein	20	34	9	13	4
vegetative Dysregulation, noch unklarer Laborbefund	unveränd.	nein	26	26	17	11	10
Kardiosklerose, Hypertonie, diab. Stoffwechsellage, Fettleber	unveränd.	ja	42	16	33	8	14

Name des Patienten	Alter 1973	Beschwerden 62								Diagnose(n) 1962	Beschwerden 73							
		Herzklopfen/-jagen	Anfallsartige Beschwerd.	Herzschmerzen/-stechen	Herzdruck	Schwindelanfälle	Innere Unruhe	Magen-Darm-Störungen	Schlafstörungen		Herzklopfen/-jagen	Anfallsartige Beschwerd.	Herzschmerzen/-stechen	Herzdruck	Schwindelanfälle	Innere Unruhe	Magen-Darm-Störungen	Schlafstörungen
C. H.	52				x					funktionelle Herzbeschw. einschl. funktioneller Koronarinsuffizienz				x			x	
C. R.	44						x			vegetative Dystonie		x				x		
E. C.	30					x				vegetative Dystonie, Mineralstoffwechselstörung					x			
F. O.	44		x	x						vegetative Dystonie			x					
F. I.	56		x						x	vegetative Dystonie								x
G. A.	49				x					funktionelle Herzbeschw. einschl. funktioneller Koronarinsuffizienz		x						
G. H.	60				x				x	vegetative Dystonie	x							
G. G.	43	x								funktionelle Herzbeschw. einschl. funktioneller Koronarinsuffizienz	x							
G. I.	50	x				x				Hypotonie und hypotone Regulationsstörung, neurozirkulatorische Dyst.	x							

Diagnose(n) 1973	Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962	Path. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	MPI-N-Skala	MPI-E-Skala	MMQ-N-Skala	MMQ-L-Skala	Depressionsindex
lab. Hypertonie, subklin. Diab. mell., Cholesterinpolyp der Gallenblase, Narbenbulbus, ungeklärter Laborbefund	unveränd.	nein	20	20	22	10	12
lat. diab. Stoffwechsellage, Zust. nach Cholecystektomie	schwächer	nein	37	18	27	9	10
Orthostase-Syndrom, Verd. auf diab. Stoffwechsellage, Myocardaffektion	unveränd.	ja	30	18	22	11	11
Koronarinsuffizienz, depressive Verstimmung	unveränd.	ja	28	19	25	11	9
Koronarinsuffizienz, labile Hypertonie	unveränd.	ja	28	20	23	14	-
chron. Bronchitis mit asthmoider Komponente	schwächer	nein	16	30	9	14	7
Hypertonie, Cor hypertonicum, Struma, subklin. Diab. mellitus, Adipositas	schwächer	ja	22	22	20	13	8
labile Hypertonie	unveränd.	nein	30	28	18	8	8
labile Hypertonie, Cor hypertonicum	unveränd.	nein	30	13	27	12	10

Name des Patienten	Alter 1973	Beschwerden 62								Diagnose(n) 1962	Beschwerden 73							
		Herzklopfen/-jagen	Anfallsartige Beschwerd.	Herzschmerzen/-stechen	Herzdruck	Schwindelanfälle	Innere Unruhe	Magen-Darm-Störungen	Schlafstörungen		Herzklopfen/-jagen	Anfallsartige Beschwerd.	Herzschmerzen/-stechen	Herzdruck	Schwindelanfälle	Innere Unruhe	Magen-Darm-Störungen	Schlafstörungen
H. M.	42			x						erhebliche neurovegetative EKG-Veränderungen, vegetative Dystonie				x				
H. H.	46	x								vegetative Dystonie	x						x	
Hei. E.	60								x	Fettsucht, psychogene Störungen und Neurosen		x					x	
Her. E.	57				x					funktionelle Herzbeschw. einschl. funktioneller Koronarinsuffizienz, Beschwerden durch chron. Überlastung			x	x				
H. A.	33					x			x	vegetative Dystonie				x	x			x
I. I.	49	x		x					x	Struma diff. ohne endokrine Wirksamkeit, veg. Dystonie				x				
Ke. E.	53	x	x						x	Struma diff. ohne endokrine Wirksamkeit, veg. Dystonie, Neuralgien				x				
K. H.	39	x								vegetative Dystonie	x							x
Kr. E.	41	x							x	funktionelle Herzbeschw. einschl. funktioneller Koronarinsuffizienz	x			x				x

Diagnose(n) 1973	Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962	Path. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	MPI-N-Skala	MPI-E-Skala	MMQ-N-Skala	MMQ-L-Skala	Depressionsindex
vegetative Dysregulation	schwächer	nein	24	31	16	8	7
subklin. Diabetes mellitus	unveränd.	nein	-	-	-	-	-
Adipositas, subklin. Diab. mell., Koronarinsuffizienz, ungeklärter Entzündungsprozeß im Oberbauch	stärker	ja	30	30	23	11	9
manifester Altersdiabetes, Fettleber, Koronarinsuffizienz	stärker	ja	14	20	17	14	12
Verdacht auf Diabetes mellitus	unveränd.	ja	39	14	30	11	13
Struma diffusa, Verdacht auf latente diabetische Stoffwechsellage	unveränd.	nein	34	28	17	10	13
Kardiosklerose, Kaliummangel	unveränd.	ja	37	7	23	12	13
subklin. Diab. mell., Struma	unveränd.	nein	38	19	25	13	13
Herzrhythmusstörung, subklin. Diab. mell., beginnende neurotische Fehlhaltung	unveränd.	ja	34	25	24	14	14

Name des Patienten	Alter 1973	Beschwerden 62							Diagnose(n) 1962	Beschwerden 73						
		Herzklopfen/-jagen	Anfallsartige Beschwerd.	Herzschmerzen/-stechen	Herzdruck	Schwindelanfälle	Innere Unruhe	Magen-Darm-Störungen Schlafstörungen		Herzklopfen/-jagen	Anfallsartige Beschwerd.	Herzschmerzen/-stechen	Herzdruck	Schwindelanfälle	Innere Unruhe	Magen-Darm-Störungen Schlafstörungen
Ku. E.	46			x					vegetative Dystonie			x				
M. E.	51		x						vegetative Dystonie					x		
P. B.	37			x					vegetative Dystonie			x				
P. A.	51		x	x		x			Hypotonie und hypotone Regulationsstörung, veg. Dystonie		x		x			
P. I.	52			x					funktionelle Herzbeschw. einschl. funktioneller Koronarinsuffizienz, vegetative Dystonie				x			
P. T.	55			x					funktionelle Herzbeschw. einschl. funktioneller Koronarinsuffizienz, Neuralgien				x			
R. E.	37			x					vegetative Dystonie	x						
R. H.	39			x	x				funktionelle Herzbeschw. einschl. funktioneller Koronarinsuffizienz				x		x	x
Sche. E.	48	x			x	x			Hypotonie und hypotone Regulationsstörung, funktionelle Herzbeschw. einschl. funktioneller Koronarinsuffizienz	x			x			

Diagnose(n) 1973	Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962	Path. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	MPI-N-Skala	MPI-E-Skala	MMQ-N-Skala	MMQ-L-Skala	Depressionsindex
(Fehlhaltung im Bereich der HWS)	schwächer	nein	28	24	19	11	5
Koronarinsuffizienz, Verdacht auf subklin. Diab. mell.	stärker	nein	23	29	17	14	14
subklin. Diab. mellitus, vegetative Dysregulation	unveränd.	nein	26	18	26	13	15
Koronarinsuffizienz	unveränd.	ja	16	16	16	10	11
Kardiosklerose	unveränd.	ja	32	13	22	13	9
subklin. Diabetes mellitus, Hypertonie	unveränd.	ja	34	36	23	14	4
Myocarditis, Verdacht auf subklin. Diabetes mellitus	unveränd.	nein	44	15	27	8	13
lat. diab. Stoffwechsellage, neurotische Fehlhaltung	stärker	nein	34	35	23	7	9
beginnende Koronarinsuffizienz, Verdacht auf Leberparenchym-schaden	schwächer	ja	4	29	-	-	-

Name des Patienten	Alter 1973	Beschwerden 62								Diagnose(n) 1962	Beschwerden 73							
		Herzklopfen/-jagen	Anfallsartige Beschwerd.	Herzschmerzen/-stechen	Herzdruck	Schwindelanfälle	Innere Unruhe	Magen-Darm-Störungen	Schlafstörungen		Herzklopfen/-jagen	Anfallsartige Beschwerd.	Herzschmerzen/-stechen	Herzdruck	Schwindelanfälle	Innere Unruhe	Magen-Darm-Störungen	Schlafstörungen
Schm.E.	40		x			x				neurozirkulatorische Dystonie		x		x				
S. T.	72	x								neurozirkulatorische Dystonie			x					
S. A.	38		x							ungeklärte erhebliche Beschwerden		x						
T. S.	48	Haarausfall fette Haut								vegetative Dystonie		x				x		
V. E.	36			x		x				vegetative Dystonie, Psychose				x				
W. H.	36	x								Struma diff. ohne endokrine Wirksamkeit, veg. Dystonie	x							
W. E.	45	x					x			vegetative Dystonie								

Diagnose(n) 1973	Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962	Path. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	MPI-N-Skala	MPI-E-Skala	MMQ-N-Skala	MMQ-L-Skala	Depressionsindex
Migräne, Verdacht auf Leberparenchymschädigung	unveränd.	nein	26	24	21	16	15
kompens. tox. Adenom, Kardiosklerose, Fettstoffwechselstörung	stärker	ja	22	18	-	-	-
schwerer Leberparenchymschaden	unveränd.	nein	20	12	15	11	10
beginnende Koronarinsuffizienz, leichte diabetische Stoffwechselstörung	unveränd.	nein	16	26	16	4	7
beginnende diabetische Stoffwechsellage	unveränd.	nein	34	24	16	7	5
Verdacht auf Diabetes mellitus	schwächer	nein	6	26	-	-	-
latente diab. Stoffwechsellage, Kardiosklerose mit Belastungskoronarinsuffizienz	normalis.	nein	10	22	12	13	7

Name des Patienten	Alter 1973	Beschwerden 62								Diagnose(n) 1962	Beschwerden 73							
		Völlegefühl	Schmerzen bzw. Druck i. B.	Obstipation	Appetitstörungen	Erbrechen/Brechr./Übelk.	Nichtvertr. v. Speisen/Getr.	Durchfälle	Herz-/Kreislaufbeschw.		Völlegefühl	Schmerzen bzw. Druck i. B.	Obstipation	Appetitstörungen	Erbrechen/Brechr./Übelk.	Nichtvertr. v. Speisen/Getr.	Durchfälle	Herz-/Kreislaufbeschw.
Männer																		
A. K.-H.	60		x				x			funktionelle Beschwerden in Oberbauchmitte, Gastritis und Gastroduodenitis		x				x		
B. W.	42		x							funktionelle Beschwerden in Oberbauchmitte		x				x		
B. F.	50		x							Fettsucht, funktionelle Beschwerden in Oberbauchmitte		x				x		
E. G.	43			x	x			x		vegetative Dystonie		x						x
E. W.	53		x							ungeklärte anamnestische Angaben		x		x				
Fi. H.	52		x							Hypo- und Anazidität, vegetative Dystonie		x						
Fr. H.	36	x								vegetative Dystonie	x							
H. G.	35				x	x				z. B. Verdauungsorgane, vegetative Dystonie		x						
H. A.	74		x			x		x		Roemheld´sches Syndrom, funktionelle Beschwerden in Oberbauchmitte		x						

Diagnose(n) 1973	Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962	Path. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	MPI-N-Skala	MPI-E-Skala	MMQ-N-Skala	MMQ-L-Skala	Depressionsindex
chron. Bronchitis, beginnendes Cor pulmonale, Hypotonie, floride Gastritis	unveränd.	ja	18	20	12	11	7
diab. Stoffwechsellage, Hypokaliämie, Hypochlorhydrie, Hiatushernie	unveränd.	ja	21	29	19	12	10
Hypertonie, Cor hypertonikum, Hypochlorhydrie,	unveränd.	ja	30	14	19	9	12
neurotische Fehlhaltung	unveränd.	nein	24	36	13	12	7
Zustand nach Magenresektion, Koronarinsuffizienz, depressive Verstimmung	stärker	ja	45	12	27	11	15
Verdacht auf lat. diab. Stoffwechselstörung, Verdacht auf Fettleber	schwächer	nein	3	24	1	15	0
exkretorische Pankreasinsuff.	unveränd.	ja	22	16	15	10	6
Ulcus duodeni, Narbenbulbus	stärker	ja	26	39	18	8	8
Altersdiabetes, Kardiosklerose, Hiatushernie, Narbenbulbus	unveränd.	ja	41	16	20	10	12

Name des Patienten	Alter 1973	Beschwerden 62								Diagnose(n) 1962	Beschwerden 73							
		Völlegefühl	Schmerzen bzw. Druck i. B.	Obstipation	Appetitstörungen	Erbrechen/Brechr./Übelk.	Nichtvertr. v. Speisen/Getr.	Durchfälle	Herz-/Kreislaufbeschw.		Völlegefühl	Schmerzen bzw. Druck i. B.	Obstipation	Appetitstörungen	Erbrechen/Brechr./Übelk.	Nichtvertr. v. Speisen/Getr.	Durchfälle	Herz-/Kreislaufbeschw.
H. R.	43		x							funktionelle Beschwerden in Oberbauchmitte, Gastritis und Gastroduodenitis		x						
K. O.	70		x							funktionelle Beschwerden in Oberbauchmitte								
L. U.	29	x		x						Obstipation, Colonspasmen und abnorm langsame Breipassage			x					
M. L.	42				x					vegetative Dystonie				x				
M. H.	52		x							Dyskinesien der Gallenblase und Gallenwege		x				x		
M. K.	51		x							Gastritis und Gastroduodenitis, Dyskinesien der Gallenblase und -wege		x						
R. H.	52		x	x			x			Gastritis und Gastroduodenitis, vegetative Dyst.	x	x						
S. R.	34	x	x					x		vegetative Dystonie							x	
W. F.	64		x	x	x		x	x		funktionelle Beschwerden in Oberbauchmitte, Hypo- und Anazidität, Gastritis und Gastroduodenitis		x					x	

Diagnose(n) 1973	Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962	Path. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	MPI-N-Skala	MPI-E-Skala	MMQ-N-Skala	MMQ-L-Skala	Depressionsindex
Diabetes mellitus	schwächer	nein	20	16	8	10	8
atherogene Stoffwechsellage, Gallenblasendyskinesie, Aortensklerose	normalis.	nein	40	25	-	-	14
Hyperurikämie	unveränd.	nein	7	18	8	6	4
Hypoglykämiesyndrom	unveränd.	ja	16	10	20	12	10
Hyperchlorhydrie, Verdacht auf beginnende Koronarinsuff.	unveränd.	ja	32	8	22	10	13
latente Glukose-Stoffwechselstörung, neurologische Erkrankung	unveränd.	nein	39	36	24	6	13
Duodenaldivertikel	unveränd.	nein	32	16	23	5	14
funkt. Enteritis, Verdacht auf exkretorische Pankreasinsuff., Verdacht auf Coeliakie	unveränd.	ja	38	14	23	7	12
Verdacht auf Pankreasinsuff.	unveränd.	ja	6	24	27	5	4

Name des Patienten	Alter 1973	Beschwerden 62								Diagnose(n) 1962	Beschwerden 73							
		Völlegefühl	Schmerzen bzw. Druck i. B.	Obstipation	Appetitstörungen	Erbrechen/Brechr./Übelk.	Nichtvertr. v. Speisen/Getr.	Durchfälle	Herz-/Kreislaufbeschw.		Völlegefühl	Schmerzen bzw. Druck i. B.	Obstipation	Appetitstörungen	Erbrechen/Brechr./Übelk.	Nichtvertr. v. Speisen/Getr.	Durchfälle	Herz-/Kreislaufbeschw.
Frauen																		
B. M.	46		x				x			Hypotonie und hypotone Regulationsstörung, veg. Dystonie		x	x	x				
B. R.	37		x							funktionelle Beschwerden in Oberbauchmitte		x						
D. I.	33		x	x				x		vegetative Dystonie								x
D. H.	53	viel Aufregung								vegetative Dystonie		x						
D. F.	50		x					x		vegetative Dystonie	diff. allgemeine Beschwerden							
D. A.	47		x							funktionelle Beschwerden in Oberbauchmitte, Dyskinesien der Gallenblase und -wege, vegetative Dystonie								
F. M.	48		x			x				neurozirkulatorische Dystonie, Dyskinesien der Gallenblase und -wege, vegetative Dystonie		x						

Diagnose(n) 1973	Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962	Path. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	MPI-N-Skala	MPI-E-Skala	MMQ-N-Skala	MMQ-L-Skala	Depressionsindex
Kardiosklerose, subklin. Diab. mellitus, Gallenblasendyskinesie	unveränd.	ja	48	6	33	12	12
leichte latente diab. Stoffwechsellage, Cholelithiasis	unveränd.	ja	36	16	23	10	8
Struma, vegetative Dysregulation	schwächer	nein	25	21	18	12	6
lat. Diab. mellitus, Hypertonie, Hypochlorhydrie, Hiatushernie	schwächer	ja	21	20	17	14	3
Hypertonie, Cor hypertonicum, Verdacht auf Fettleber, noch unklarer klinischer Befund	unveränd.	nein	26	26	20	7	13
lat. diab. Stoffwechsellage	normalis.	nein	28	12	18	12	7
Kardiosklerose, diab. Stoffwechsellage, Hyperchlorhydrie, Gallenblasendyskinesie	unveränd.	ja	26	26	21	13	12

Name des Patienten	Alter 1973	Beschwerden 62								Diagnose(n) 1962	Beschwerden 73							
		Völlegefühl	Schmerzen bzw. Druck i. B.	Obstipation	Appetitstörungen	Erbrechen/Brechr./Übelk.	Nichtvertr. v. Speisen/Getr.	Durchfälle	Herz-/Kreislaufbeschw.		Völlegefühl	Schmerzen bzw. Druck i. B.	Obstipation	Appetitstörungen	Erbrechen/Brechr./Übelk.	Nichtvertr. v. Speisen/Getr.	Durchfälle	Herz-/Kreislaufbeschw.
F. A.	61		x				x			funktionelle Beschwerden in Oberbauchmitte, Dyskinesien der Gallenblase und -wege		x						
G. H.	35			x						Obstipation, Colonspasmen und abnorm langsame Breipassage			x					
G. A.	64		x							vegetative Dystonie		x						
J. M.	53		x			x				funktionelle Beschwerden in Oberbauchmitte		x			x			
K. A.	40		x	x						Dyskinesien der Gallenblase und -wege			x			x		
Lam. A.	73		x							Roemheld'sches Syndrom								
Lau. A.	54		x							vegetative Dystonie		x						
M. R.	43		x					x		vegetative Dystonie		x					x	
M. A.	40			x						vegetative Dystonie								x
M. L.	49		x	x	x					vegetative Dystonie		x		x				
R. A.	38		x	x						funktionelle Beschwerden in Oberbauchmitte		x				x		

Diagnose(n) 1973	Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962	Path. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	MPI-N-Skala	MPI-E-Skala	MMQ-N-Skala	MMQ-L-Skala	Depressionsindex
Cholelithiasis, Verdacht auf intermittierende Cholangitis, Hypertonie, Cor hypertonicum	unveränd.	ja	36	20	23	9	13
funktionelle Magenstörungen, spastischer Analring	unveränd.	ja	45	12	34	7	12
Kardiosklerose, Hypertonie, latente Herzinsuffizienz	unveränd.	nein	-	22	27	7	10
Hypertonie (unter Therapie), Koronarinsuffizienz	unveränd.	nein	35	14	24	10	11
Haemorrhoidalleiden, Dickdarmanomalie	unveränd.	ja	28	23	14	9	10
Zerebralsklerose, Kardiosklerose	normalis.	nein	-	-	-	-	-
exkretorische Pankreasinsuff., Kaliummangel	unveränd.	ja	12	21	14	13	10
subklin. Diab. mellitus, Hiatushernie	unveränd.	nein	27	19	24	11	12
lat. diab. Stoffwechsellage	stärker	nein	24	14	28	16	15
subklin. Diab. mellitus	unveränd.	nein	22	10	21	13	12
Hypochlorhydrie	unveränd.	ja	10	28	10	14	5

Name des Patienten	Alter 1973	Beschwerden 62								Diagnose(n) 1962	Beschwerden 73							
		Völlegefühl	Schmerzen bzw. Druck i. B.	Obstipation	Appetitstörungen	Erbrechen/Brechr./Übelk.	Nichtvertr. v. Speisen/Getr.	Durchfälle	Herz-/Kreislaufbeschw.		Völlegefühl	Schmerzen bzw. Druck i. B.	Obstipation	Appetitstörungen	Erbrechen/Brechr./Übelk.	Nichtvertr. v. Speisen/Getr.	Durchfälle	Herz-/Kreislaufbeschw.
S. G.	42		x	x		x	x			Fettsucht, Dyskinesien der Gallenblase und -wege		x			x			
S. C.	32	diff. weitere Beschwerden				x		x		neurozirkulatorische Dystonie, angeblicher Fehler des Herzens, nichtbakterielle Enteritis, abnorm schnelle Breipassage im Dünndarm	diff. weitere Beschwerden	x						
S. L.	49		x							vegetative Dystonie		x				x		
S. A.	71	x		x						vegetative Dystonie			x					
W. M.	36		x	x						Obstipation, Colonspasmen und abnorm langsame Breipassage		x	x			x		

Diagnose(n) 1973	Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962	Path. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	MPI-N-Skala	MPI-E-Skala	MMQ-N-Skala	MMQ-L-Skala	Depressionsindex
manifester Diabetes mellitus, Verdacht auf Fettleber, Adipositas, Narbenbulbus	unveränd.	ja	21	35	17	6	8
Hypokaliämie, psychiatrische Erkrankung,	unveränd.	nein	34	8	31	15	9
Adipositas, latente diabetische Stoffwechsellage, Cholesteatose, Hypertonie mit beginnendem Cor hypertonicum	unveränd.	ja	5	29	4	13	7
Altersdiabetes (bekannt), Colondivertikulose mit Divertikulitis, Dickdarmpolyp	unveränd.	ja	-	-	-	-	-
lat. Glukosestoffwechselstörung	unveränd.	nein	4	18	14	13	7

C. DIE ROLLE DES NEUROTIZISMUS IM UNTERSUCHTEN PATIENTENGUT

Eine Aufgabe dieser Arbeit war es zu klären, in welchem Umfang der Neurotizismus eine Rolle spielt. Die verwendeten Tests und die daraus resultierenden Ergebnisse werden im folgenden beschrieben. Da ARENZ sowohl MPI als auch MMQ auf ihre Brauchbarkeit in Deutschland hin untersuchte und zu den bereits zitierten Normwerten gelangte, werden bei der Besprechung der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit diese Werte zugrunde gelegt.

a) Testauswertungen MPI

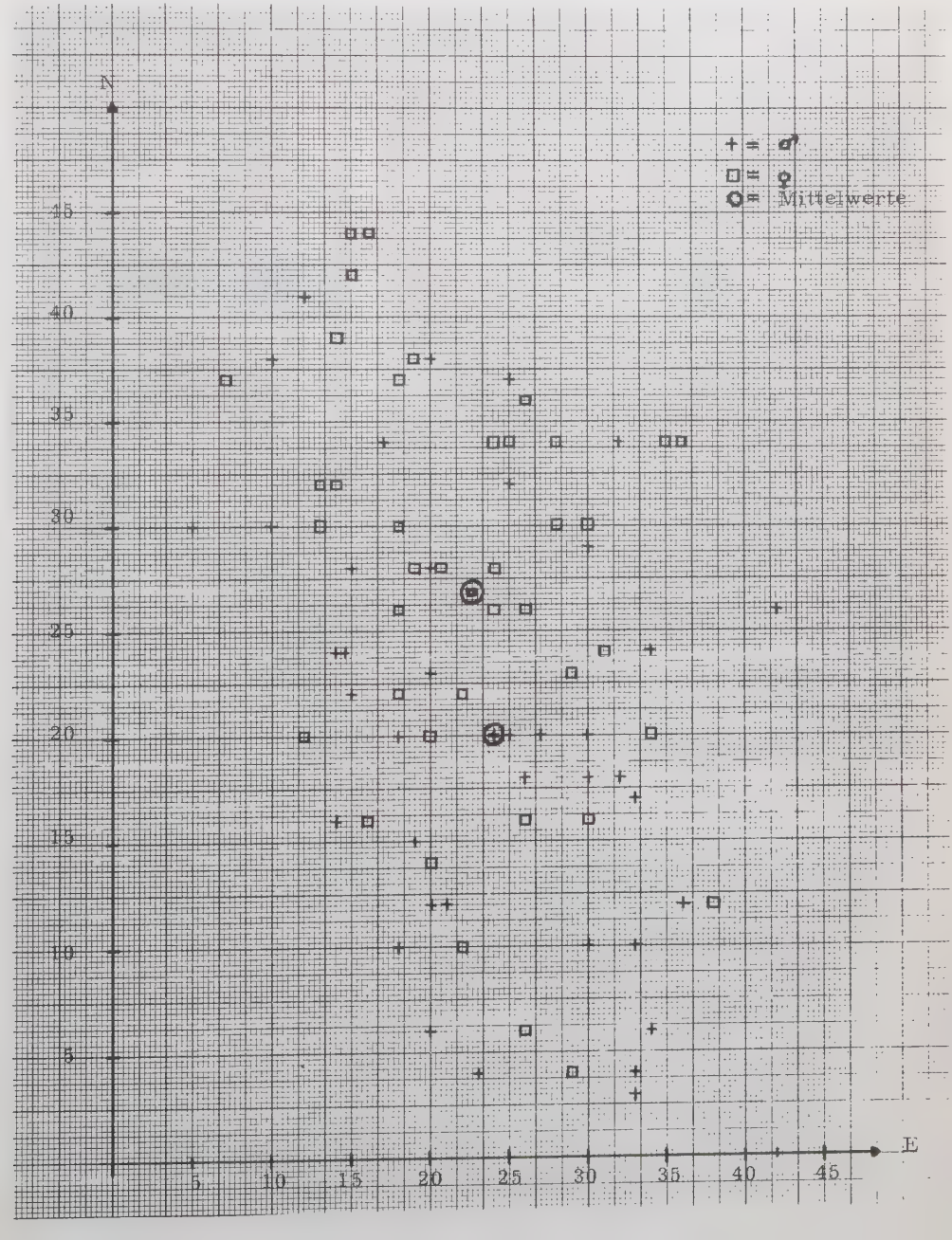
Von der Gruppe "Herz" konnten insgesamt 80 MPI-Testbögen ausgewertet werden (von 40 männlichen und 40 weiblichen Patienten). Die nachfolgende Tabelle zeigt die gefundenen Mittelwerte dieser Gruppe.

Tabelle 4 - Mittelwerte MPI - "Herz" -

	Patienten	N-Skala (normal: bis 22,0	E-Skala 22,0 - 24,0)
♂	40	20,1	23,9
♀	40	26,9	22,5
♂+♀	80	23,5	23,2

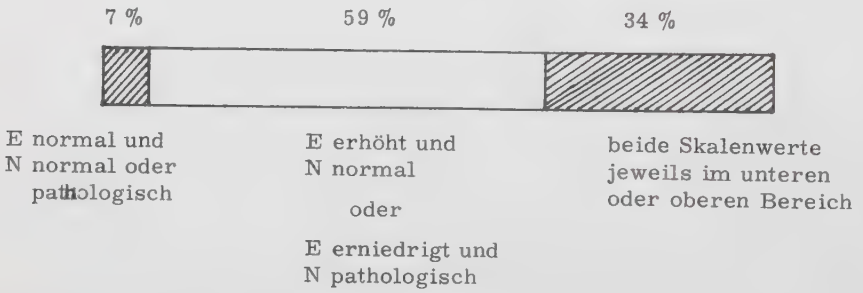
In Abbildung 3 sind die Einzelergebnisse graphisch dargestellt. Auffällig ist, daß die männlichen Patienten im allgemeinen niedrigere N-Werte erzielten als die weiblichen Patienten. Die Mittelwerte beider Gruppen differieren um 6,8 Punkte in der N-Skala von MPI. In der E-Skala liegen die männlichen Patienten mit ihren Ergebnissen im Durchschnitt 1,4 Punkte über denen der weiblichen Patienten.

Abbildung 3 - Einzelergebnisse MPI Gruppe "Herz" -



EYSENCK fand seinerzeit, daß die beiden Persönlichkeitsdimensionen Neurotizismus und Extraversion in den meisten Fällen gegenläufig sind. Dies bedeutet, daß man bei einem hohen Wert der N-Skala sehr oft einen tiefen Wert der E-Skala findet und umgekehrt. Aus der Abbildung 4 geht hervor, daß wir dieses Verhalten bestätigen können.

Abbildung 4 - Gegenläufigkeit MPI-"Herz" -



Bei 6 Patienten (= 7,0 %) fanden wir einen E-Wert, der dem Normbereich entsprach und dazu einen N-Wert, der normal oder erhöht war. Die Gegenläufigkeit, also das charakteristische Verhalten von N und E zueinander, wurde bei 47 Patienten (= 59 %) als Ergebnis festgehalten, während bei 27 Patienten (= 34 %) entweder beide Skalenwerte erniedrigt, d.h. N im Normbereich und E im Bereich der Introversion, oder erhöht, d.h. N pathologisch und E im Bereich der Extraversion, waren.

Die Tabelle 5 zeigt das Ergebnis der Gruppe "Herz" in Mittelwerten in Beziehung gesetzt zur Entwicklung des Beschwerdebildes. Die Patienten, deren Beschwerdebilder eine Abschwächung oder Normalisierung erfuhren, sind in einer Gruppe zusammengefaßt.

Tabelle 5 - MPI-"Herz"/Beschwerdebild 1973 -

	Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962	N-Skala (normal: bis 22,0	E-Skala 22,0 - 24,0)
♂	stärker	22,0	26,3
	unverändert	20,8	21,9
	schwächer/normalisiert	18,2	25,8
♀	stärker	24,6	26,4
	unverändert	30,6	20,2
	schwächer/normalisiert	17,7	26,7

Es zeigt sich eine Korrelation der Neurosewerte im MPI zur Änderung der Beschwerden gegenüber 1962. Patienten, deren Beschwerden schwächer geworden sind oder sich normalisiert haben, zeigen die niedrigsten N-Werte. Bei den Männern ist eine stete Zunahme der N-Werte über die Gruppe der Patienten mit unveränderten Beschwerden bis hin zu den Patienten mit stärkeren Beschwerden festzustellen. Diese Tendenz ist bei den Ergebnissen der weiblichen Patienten nicht zu erkennen. Hier erreichten die Patientinnen mit den unveränderten Beschwerden die höchsten Neurosewerte. Bei der Betrachtung der Ergebnisse der E-Skala fällt auf, daß die Gruppe von Patienten, deren Beschwerden unverändert bestehen, sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Patienten stets stark introvertiert ist. Eine Gegenläufigkeit in Relation zur MPI-N-Skala ist nicht feststellbar.

Die nachfolgende Tabelle 6 zeigt die Testergebnisse in Bezug auf das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein organpathologischer Befunde hinsichtlich des Beschwerdebildes 1973.

Tabelle 6 - MPI-"Herz"/Organpath. Befunde -

Organpath. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973		N-Skala (normal: bis 22,0	E-Skala 22,0 - 24,0)
♂	ja	24,3	23,5
	nein	19,3	24,1
♀	ja	27,7	19,8
	nein	26,8	24,2
♂+♀	ja	26,4	21,2
	nein	22,5	24,2

Der Neurotizismus zeigt in Bezug auf die jetzt gefundenen organpathologischen Beschwerden ein klares Verhalten. Diejenigen Patienten, bei denen ein organpathologischer Befund erhoben werden konnte, besitzen bei MPI-N eine höhere neurotische Tendenz als jene Patienten, welche keinen organpathologischen Befund aufweisen. Dieses Ergebnis gilt für beide Geschlechter. Bei Betrachten der E-Skala sieht man, daß die Patienten mit organpathologischen Befunden introvertierter sind als jene ohne organpathologische Befunde.

Von der Gruppe "Magen" konnten 38 Testbögen des MPI (18 männliche und 20 weibliche Patienten) ausgewertet werden. Eine Zusammenstellung der Mittelwerte zeigt Tabelle 7.

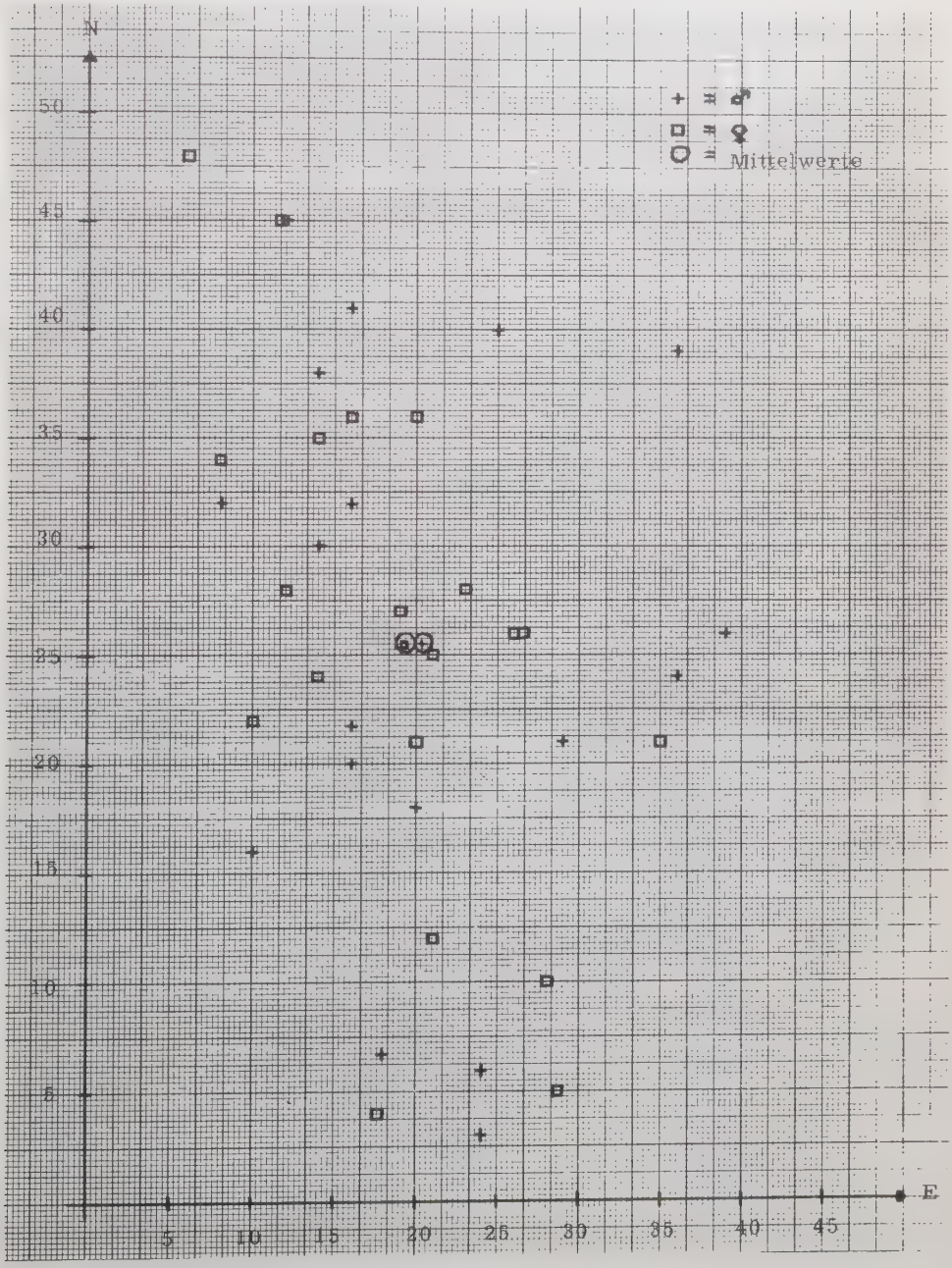
Tabelle 7 - Mittelwerte MPI-"Magen" -

	Patienten	N-Skala (normal: bis 22,0	E-Skala 22,0 - 24,0)
♂	18	25,6	20,2
♀	20	25,6	19,0
♂+♀	38	25,6	19,6

In dieser Gruppe wurde von den männlichen und weiblichen Patienten im Durchschnitt genau das gleiche Resultat in der N-Skala erreicht. In der E-Skala erzielten die weiblichen Patienten auch hier ein niedrigeres Durchschnittsergebnis (1,2 Punkte).

Abbildung 5 zeigt die Einzelergebnisse dieser Gruppe

Abbildung 5 - Einzelergebnisse MPI Gruppe "Magen" -



Bei der Untersuchung der Gegenläufigkeit zeigt sich, daß bei 3 Patienten (= 8 %) der Wert der E-Skala dem Normalen entspricht, während die N-Werte jeweils normal oder pathologisch waren. Die Testergebnisse von 22 Patienten (= 58 %) zeigten ein entgegengesetztes Verhalten; es waren also E im Extraversionsbereich und N im Normalbereich oder E im Introversionsbereich und N pathologisch (erhöht). Ein gemeinsames Verhalten von E und N wurde bei 13 Patienten (= 34 %) festgehalten.

Abbildung 6 - Gegenläufigkeit MPI-"Magen" -

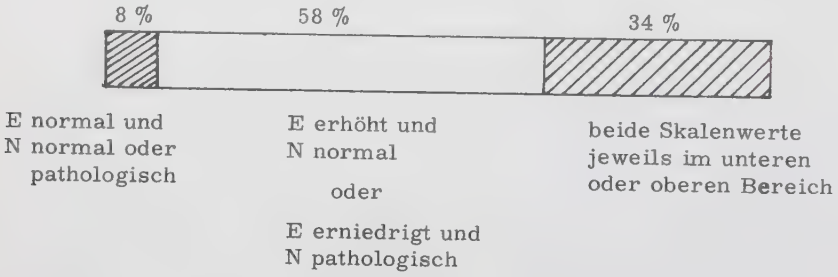


Tabelle 8 - MPI-"Magen"/Beschwerdebild 1973 -

Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962		N-Skala (normal: bis 22,0	E-Skala 22,0 - 24,0)
♂	stärker	35,5	25,5
	unverändert	25,1	19,0
	schwächer/normalisiert	21,0	21,7
♀	stärker	24,0	14,0
	unverändert	25,9	19,6
	schwächer/normalisiert	24,7	17,7

Allgemein erkennt man auch hier die Tendenz, daß bei MPI um so höhere Neurosewerte gefunden werden, je stärker die Beschwerden gegenüber 1962 geworden sind. Analog zur Gruppe "Herz" tritt dies bei den männlichen Patienten deutlicher zutage als bei den Frauen. Insgesamt gesehen erkennt man Neurosewerte, die bei beiden Geschlechtern im pathologischen Bereich liegen. Eine Ausnahme bildet die Gruppe "schwächer/normalisiert" bei den Männern, welche im Normalbereich liegt.

Tabelle 9 - MPI-"Magen"/Organpath. Befunde -

Organpath. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973		N-Skala (normal bis 22,0	E-Skala 22,0 - 24,0)
♂	ja	26,8	18,4
	nein	23,8	24,4
♀	ja	26,2	21,5
	nein	25,0	16,4
♂+♀	ja	26,5	19,9
	nein	24,4	19,7

Patienten mit pathologischen Organbefunden zeigen hier ebenfalls einen höheren Grad an Neurotizismus als jene ohne organpathologische Befunde. In den Skalen von MPI-E differieren die Ergebnisse der weiblichen und männlichen Patienten mit bzw. ohne organpathologischen Befunden. Im Gesamtergebnis der Gruppe gleichen sich die Unterschiede zwischen den Patienten mit und ohne organpathologischen Befunden aus.

b) Testauswertungen MMQ

Dem MMQ ist mit der L-Skala ein Mittel beinhaltet, welches eine Aussage zur Interpretierbarkeit der Ergebnisse machen soll, denn mit Hilfe dieser Skala kann eine mögliche Simulation oder Dissimulation erkannt werden.

Es sei hier nochmals auf die Normwerte der L-Skala von ARENZ und EYSENCK hingewiesen:

	ARENZ	EYSENCK
zweifelhaft (Dissimulation)	-	0 - 2 Punkte
normal	bis 13 Punkte	3 - 9 Punkte
zweifelhaft (Simulation)	14 - 16 Punkte	10 - 12 Punkte
uninterpretierbar	über 16 Punkte	13 - 18 Punkte

Zur Lügenskala sei bemerkt, daß die in unserer Untersuchung erhobenen Befunde bei 4 Punkten als dem niedrigsten Wert beginnen. Diese Punktzahl wurde dreimal gefunden, und zwar alle innerhalb der Gruppe "Herz". Es wäre also auch nach den Kriterien von EYSENCK in keinem Falle eine Dissimulation zu vermuten gewesen. Außer 19 Ergebnissen lagen alle weiteren gefundenen Werte im Bereich der nach ARENZ als normal anzusehenden Punktzahl. Sämtliche 19 Testwerte, die darüber hinausgehen, liegen im zweifelhaften Bereich (14 - 16 Punkte). Jeweils 16 Punkte wurden von zwei weiblichen Patienten als höchstes Ergebnis erreicht.

Tabelle 10 - Ergebnisse MMQ-L-Skala -

		MMQ-L-Skala 14-16 Punkte (zweifelhaft)	insgesamt verwertbare Ergebnisse der MMQ-L-Skala	MMQ-L-Skala 0 - 13 Punkte (normal)
Herz	♂	6 (3)	35	29
Herz	♀	8 (7)	37	29
Magen	♂	1 (0)	17	16
Magen	♀	4 (3)	21	17

Nun zitiert jedoch KRAPF Untersuchungen von NEUMANN-KERN und HAU, nach denen man nur von "Simulation" sprechen könne, wenn zu dem hohen L-Wert ein hoher N-Wert komme. Wenn wir diese Untersuchungen zugrunde legen, dann bleiben bei den männlichen Herzpatienten nur noch 3 zweifelhafte Ergebnisse. Bei den drei anderen Untergruppen ist jeweils ein Ergebnis abzuziehen. Es bleiben also nur 13 zweifelhafte L-Werte zu berücksichtigen.

Demnach finden wir insgesamt, daß umgerechnet etwa 14 % der Ergebnisse der Gruppe "Herz" in Zweifel gezogen werden müssen (10 von 72). Dem steht bei der Gruppe "Magen" eine Zahl gegenüber, deren Höhe etwa 8 % entspricht (3 von 38). Vergleicht man die männlichen und weiblichen Patienten beider Gruppen miteinander, so sind die Aussagen von etwa 17 % aller weiblichen und 6 % aller männlichen Patienten zweifelhaft. Alle diese Aussagen gelten nur für die Zahl der Ergebnisse, deren L-Werte bekannt sind.

Sieht man die zweifelhaften Ergebnisse im Vergleich zu den Beschwerden 1973, welche ja wiederum mit denen von 1962 in Bezug stehen, dann ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 11 - Zweifelhafte Ergebnisse der MMQ-L-Skala in Beziehung zu den Beschwerden -

		Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962				
		stärker	unverändert	schwächer	normalisiert	Summe
Herz	♂	1	1	1	0	3
Herz	♀	2	5	0	0	7
Magen	♂	0	0	0	0	0
Magen	♀	1	1	1	0	3
Summe		4	7	2	0	13

Es ist zu erkennen, daß Patienten, deren Beschwerden seit 1962 schwächer geworden sind oder sich sogar normalisierten, in geringerem Ausmaß zweifelhafte Ergebnisse haben.

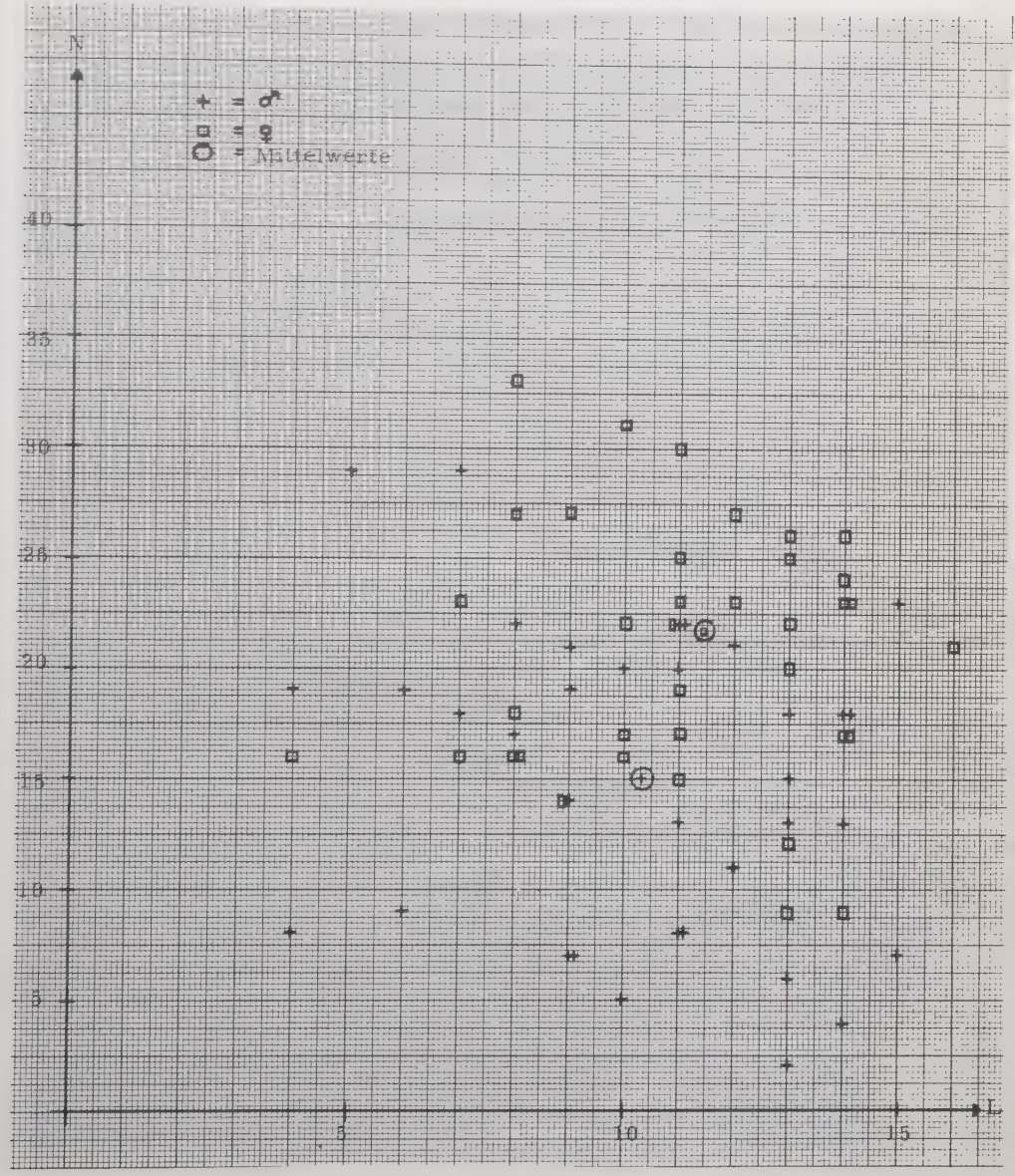
Von den Patienten, deren Beschwerdebild sich normalisiert hat und deren Testbögen ausgewertet werden konnten (9 von insgesamt 11), weisen nur zwei einen Lügenwert von 14 Punkten auf. Alle beide haben jedoch N-Werte im Normbereich, so daß keiner in dieser Gruppe in seinen Aussagen angezweifel werden muß.

In der Gruppe "Herz" konnten von 72 Patienten (35 männlichen und 37 weiblichen) die Testbögen des MMQ ausgewertet werden. Es wurden folgende Mittelwerte errechnet:

Tabelle 12 - Mittelwerte MMQ-"Herz" -

	Patienten	N-Skala (normal: bis 15,0	L-Skala bis 13,0)
♂	35	15,0	10,3
♀	37	21,9	11,4
♂+♀	72	18,2	10,8

Abbildung 7 - Einzelergebnisse MMQ Gruppe "Herz" -



Bei den männlichen Patienten der Gruppe "Herz" ist eine Analogie zwischen den erreichten Werten innerhalb der N-Skala und der Intensität der Beschwerden erkennbar. Es ist sogar eine Gegenläufigkeit der N- und der L-Skala zu sehen. Bei den weiblichen Patienten ist das Bild uneinheitlicher. Ein Grund dafür kann sein, daß die Hälfte der Ergebnisse der Gruppe mit den jetzt stärkeren Beschwerden als zweifelhaft gewertet werden muß.

Tabelle 13 - MMQ-"Herz"/Beschwerdebild 1973 -

	Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962	N-Skala (normal: bis 15,0	L-Skala bis 13,0)
♂	stärker	20,0	8,0
	unverändert	15,2	10,6
	schwächer/ normalisiert	12,3	11,1
♀	stärker	20,0	11,5
	unverändert	21,8	11,0
	schwächer/ normalisiert	17,0	10,9

Bei der Betrachtung der Ergebnisse von MMQ in Beziehung zu organpathologischen Befunden sehen wir, daß beim Auftreten von Normabweichungen durchschnittlich ein höherer Neurosegrad, aber auch ein höheres Maß in der Lügenskala erreicht wird.

Tabelle 14 - MMQ-"Herz"/Organpath. Befunde -

	Organpath. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	N-Skala (normal: bis 15,0	L-Skala bis 13,0)
♂	ja	16,8	10,5
	nein	14,5	10,3
♀	ja	23,3	12,1
	nein	19,1	10,4
♂+♀	ja	21,0	11,5
	nein	16,6	10,3

Ganz allgemein wurden von den weiblichen Patienten die höheren Skalenwerte erzielt.

Die ausgewerteten Testbögen von 38 Patienten (17 männlichen und 21 weiblichen) der Gruppe "Magen" ergaben folgende Mittelwerte:

Tabelle 15 - Mittelwerte MMQ -"Magen" -

	Patienten	N-Skala (normal: bis 15,0	L-Skala bis 13,0)
♂	17	17,6	9,4
♀	21	20,7	11,2
♂+♀	38	19,3	10,4

Abbildung 8 - Einzelergebnisse MMQ Gruppe "Magen"

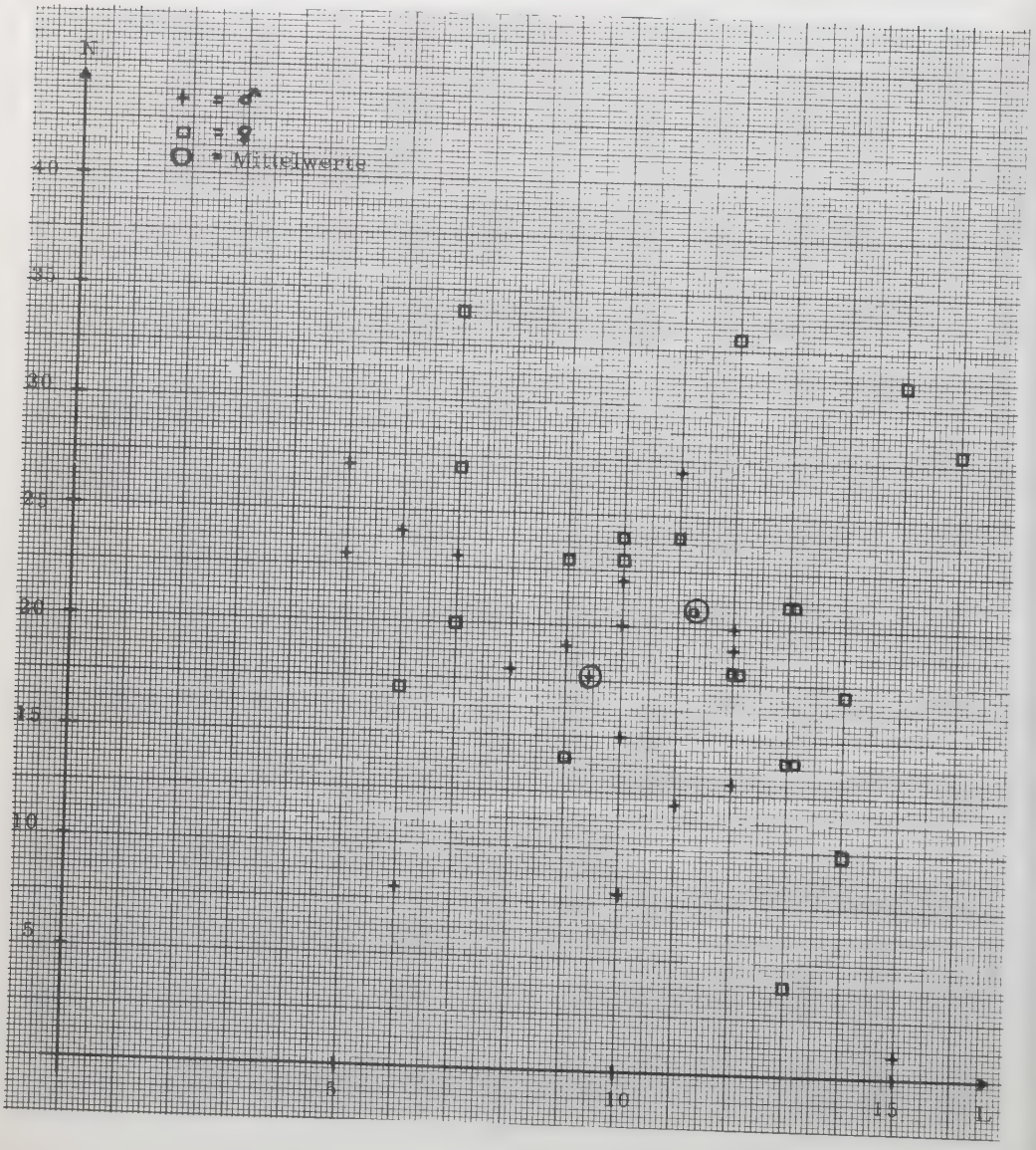


Tabelle 16 - MMQ -"Magen"/Beschwerdebild 1973 -

Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962		(normal:	N-Skala bis 15,0	L-Skala bis 13,0)
♂	stärker		22,5	9,5
	unverändert		18,9	8,9
	schwächer/normalisiert		4,5	12,5
♀	stärker		18,0	16,0
	unverändert		20,8	10,7
	schwächer/normalisiert		17,7	12,7

Bei den männlichen Patienten der Gruppe "Magen" korreliert der Anstieg in der N-Skala mit der Stärke der jetzigen Beschwerden. Bei den weiblichen Patienten ist dies nur teilweise der Fall. Diese Uneinheitlichkeit ist auch zu sehen, wenn man die Tablle 17 betrachtet. Vorhandene organpathologische Befunde gehen nicht immer mit höheren Neurosewerten einher.

Tabelle 17 - MMQ-"Magen"/Organpath. Befunde -

Organpath. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973		(normal:	N-Skala bis 15,0	L-Skala bis 13,0)
♂	ja		20,2	9,5
	nein		12,8	9,9
♀	ja		19,1	10,9
	nein		22,5	11,6
♂+♀	ja		19,6	10,2
	nein		18,9	10,6

c) Testauswertungen Depressionsindex

71 Testbögen des Depressionsindex nach POPOFF (34 männliche Patienten/ 37 weibliche Patienten) konnten für die Gruppe "Herz" ausgewertet werden.

Tabelle 18 - Mittelwerte Depressionsindex-"Herz" -

Patienten		Depressionsindex (unverdächtig bis 9,0)
♂	34	7,3
♀	37	10,4
♂+♀	71	8,9

Es besteht eine Differenz von 3,1 Punkten im durchschnittlichen Ergebnis der männlichen und weiblichen Patienten. Die weibliche Gruppe liegt auf Grund der erreichten Indexzahlen im Bereich der larvierten Depression.

Abbildung 9 - Ergebnisse Depressionstest-"Herz" -

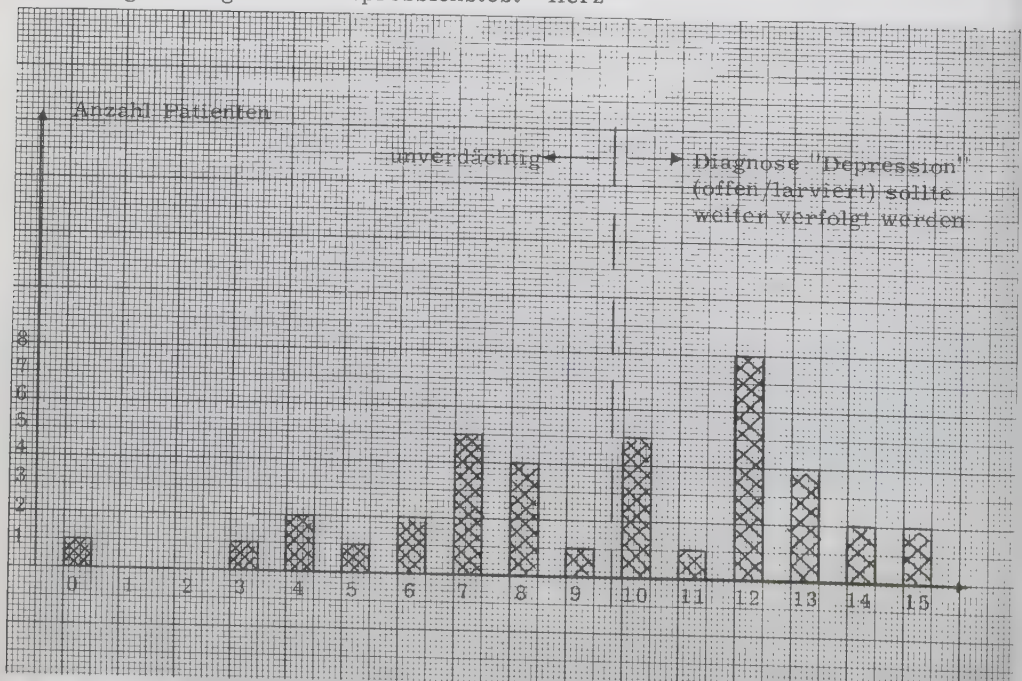


Tabelle 19 - Depressionsindex-"Herz"/Beschwerdebild 1973 -

	Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962	Depressionsindex (unverdächtig bis 9,0)
♂	stärker	11,2
	unverändert	7,8
	schwächer/normalisiert	4,7
♀	stärker	11,0
	unverändert	10,8
	schwächer/normalisiert	7,2

Beim Depressionsindex geht eine Abnahme der Werte mit einer Abnahme der Beschwerden einher. Dies gilt für beide Geschlechter, auch wenn die weiblichen Patienten die durchschnittlich höheren Ergebnisse zeigen.

Tabelle 20 - Depressionsindex-"Herz"/Organpath. Befunde -

	Organpath. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	Depressionsindex (unverdächtig bis 9,0)
♂	ja	10,0
	nein	6,5
♀	ja	10,7
	nein	9,7
♂+♀	ja	10,5
	nein	8,0

Die erreichten Indexzahlen beim Depressionstest zeigen eine Korrelation zum Auftreten pathologischer Organbefunde. Während bei den männlichen Patienten diejenigen, die organpathologische Befunde aufweisen, ein durchschnittlich um 3,5 Punkte höheres Ergebnis erzielten, ist bei den weiblichen Patienten nur eine Differenz von 1 Punkt feststellbar.

Von der Gruppe "Magen" wurden 39 Einzelergebnisse ausgewertet (18 männliche/21 weibliche Patienten). Auch bei dieser Gruppe ist - wenn auch nur in sehr geringem Umfang - von den männlichen Patienten ein niedrigeres Ergebnis (0,2 Punkte) erzielt worden.

Tabelle 21 - Mittelwerte Depressionsindex-"Magen" -

Patienten		Depressionsindex (unverdächtig bis 9,0)
♂	18	9,4
♀	21	9,6
♂+♀	39	9,5

Abbildung 10 - Ergebnisse Depressionstest "Magen" -

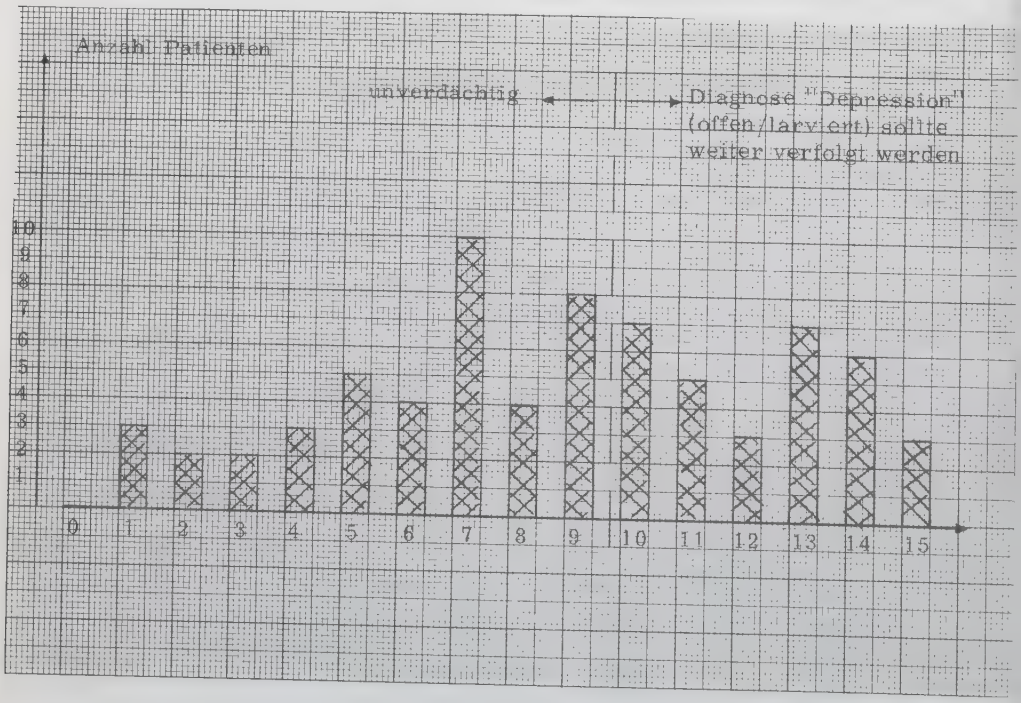


Tabelle 22 - Depressionsindex-"Magen"/Beschwerdebild 1973 -

	Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962	Depressionsindex (unverdächtig bis 9,0)
♂	stärker	11,5
	unverändert	9,5
	schwächer/normalisiert	7,3
♀	stärker	15,0
	unverändert	10,1
	schwächer/normalisiert	5,3

Auch bei dieser Gruppe ist für beide Geschlechter die Korrelation des Ergebnisses des Depressionsindex zur Intensität der Beschwerden zu vermerken. Patienten, die jetzt schwächere oder keine Beschwerden mehr gegenüber 1962 aufweisen, zeigen eine deutlich geringere Depressivität als die Gruppen mit unveränderten oder sogar verstärkten Beschwerden.

Tabelle 23 - Depressionsindex-"Magen"/Organpath. Befunde -

	Organpath. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	Depressionsindex (unverdächtig bis 9,0)
♂	ja	9,9
	nein	8,6
♀	ja	9,1
	nein	10,2
♂+♀	ja	9,5
	nein	9,5

Die Ergebnisse des Depressionsindex der Gruppe "Magen" - dem Auftreten von organpathologischen Befunden gegenübergestellt - zeigen ein uneinheitliches Bild bei den weiblichen und den männlichen Patienten.

D. WANDLUNG FUNKTIONELLER BESCHWERDEN IN ORGANISCHE ERKRANKUNGEN

Im zweiten Punkt unserer Arbeit sollte festgestellt werden, in welchem Prozentsatz aus den funktionellen Beschwerden organische Erkrankungen geworden sind.

Die folgende Tabelle 24 gibt für die Gruppe "Herz" Aufschluß über das Ausmaß der Änderungen im Beschwerdebild 1973 im Vergleich zur Erstuntersuchung im Jahre 1962.

Tabelle 24 - Veränderung der Beschwerden 1973 gegenüber 1962
Gruppe "Herz" -

Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962	♂	♀	♂+♀		
normalisiert	7	1	8	=	10 %
schwächer	8	8	16	=	19 %
unverändert	20	28	48	=	58 %
stärker	6	5	11	=	13 %
Summe	41	42	83	=	100 %

8 Patienten (= 10 %) berichteten, daß sie zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung keine körperlichen Beschwerden verspürten. Auffällig ist dabei das eindeutige Überwiegen der männlichen Patienten. Keine eindeutige Aussage ist über den Zeitpunkt des Verschwindens der Beschwerden möglich. Interessant ist, daß sehr oft auch die Patienten selbst keinen genauen Zeitpunkt nennen konnten. Die Antworten lagen in etwa zwischen "vor einiger Zeit" und "vor ein paar Jahren".

Von 16 Patienten (= 19 %) konnten wir erfahren, daß sich das Beschwerdebild in seiner Gesamtheit gemildert hätte. Keine wesentliche Veränderung war bei 48 Patienten (= 58 %) eingetreten. Einzelne Beschwerden hatten sich wohl ver-

ändert, insgesamt wurde das Beschwerdebild aber als gleichwertig bezeichnet. 11 Patienten (= 13 %) bezeichneten ihre Beschwerden 1973 als stärker.

Über die Häufigkeit der verschiedenen Beschwerden gibt die Tabelle 25 Auskunft:

Tabelle 25 - Häufigkeit der Beschwerden Gruppe "Herz" -

	1962				1973			
	♂	♀	♂+♀	%	♂	♀	♂+♀	%
Herzklopfen/-jagen	7	14	21	25	2	10	12	14
anfallsartige Beschwerden	3	11	14	17	∅	9	9	11
Herzschmerzen/-stechen	18	12	30	36	9	6	15	18
Herzdruck	17	9	26	31	21	20	41	48
Schwindelanfälle	12	8	20	24	3	4	7	8
innere Unruhe	2	4	6	7	1	3	4	5
Magen-Darm-Störungen	2	1	3	4	3	4	7	8
Schlafstörungen	3	8	11	13	2	7	9	11

Die Summe der %-Zahlen überschreitet 100, da viele Patienten über mehrere Beschwerden klagten. Insgesamt ist jedoch festzustellen, daß nur wenige Patienten drei und mehr Beschwerden gleichzeitig angaben. Dies war auch 1973 der Fall. Diese Beobachtung steht im Gegensatz zu den Erfahrungen anderer Untersucher (PIERINGER, SCHLEUSENER). Wir führen dies darauf zurück, daß bei der vorliegenden Untersuchung keine Liste von möglichen Beschwerden "abgefragt" wurde, sondern die Patienten die Beschwerden, die für sie zum Zeitpunkt der jetzigen Untersuchung von Wert waren, von selbst zur Sprache brachten. Wir glauben, dadurch eine günstigere Vergleichsmöglichkeit zu 1962 geschaffen zu haben, wo dies - so darf man annehmen - ebenso gehandhabt wurde.

Die Häufigkeit der Beschwerden hat sich im Durchschnitt verringert. Im einzelnen hat gegenüber 1962 eine Verschiebung in der Form stattgefunden, daß damals die Herzschmerzen/-stechen mit 36 % und Herzdruck mit 31 % am

häufigsten genannt wurden, während 1973 allein Herzdruck von nahezu der Hälfte der Patienten angegeben wurde. An zweiter Stelle wurden zwar auch Herzschmerzen/-stechen genannt, jedoch nur noch von ca. 18 % aller Patienten. Fast alle anderen erfaßten Beschwerden haben sich ebenfalls verringert. Eine Ausnahme bilden die Magen-Darm-Störungen, die jetzt häufiger angegeben wurden.

Nachdem die Patienten des Jahres 1962 keine Befunde organischer Natur (s. auch die bereits erwähnten Auswahlkriterien) aufweisen durften, soll nun gezeigt werden, in welchem Maße sich das Bild jetzt gewandelt hat. Bei der jeweiligen Entscheidung wurde immer streng Bezug genommen auf das Beschwerdebild des jeweiligen Patienten (s. auch Erläuterungen zur Tabelle 3).

Tabelle 26 - Beschwerdebild 1973/Organpath. Befunde -"Herz" -

	Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962	stärker	unveränd.	schwächer	normalis.	Summe
♂ Pathologische Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	ja	3	6	1	∅	10
	nein	3	14	7	7	31
♀ Pathologische Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	ja	3	12	2	∅	17
	nein	2	16	6	1	25

Die Aufstellung zeigt, daß auch jetzt in der Mehrzahl der Fälle kein den Beschwerden adäquater Organbefund diagnostiziert werden konnte. Bei den männlichen Patienten tritt dies noch stärker zutage als bei den weiblichen. Weiter konnte auch festgestellt werden, daß eine direkte Beziehung zwischen der Stärke der Beschwerden und den organpathologischen Befunden zu bestehen scheint.

Es zeigt sich, daß die Häufigkeit organpathologischer Bilder mit der Stärke der Beschwerden zunimmt.

In Tabelle 27 wird die Änderung des Beschwerdebildes in der Gruppe "Magen" verdeutlicht.

Tabelle 27 - Veränderung des Beschwerdebildes Gruppe "Magen" -

Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962	♂	♀	♂+♀		%
normalisiert	1	2	3	=	7 %
schwächer	2	2	4	=	10 %
unverändert	13	18	31	=	76 %
stärker	2	1	3	=	7 %
Summe	18	23	41	=	100 %

Bei insgesamt 7 Patienten hat sich das Beschwerdebild gebessert. Davon sind heute 3 Patienten (= 7 %) beschwerdefrei und 4 Patienten (= 10 %) bezeichnen ihr Befinden als besser, d.h. die Beschwerden haben sich anscheinend abgeschwächt. Die überwiegende Zahl der Patienten dieser Gruppe, nämlich 31 (= 76 %), bewertet die Beschwerden als unverändert. Eine Verstärkung des Beschwerdebildes war bei 3 Patienten (= 7 %) zu beobachten.

Eine Zusammenstellung der Häufigkeit der einzelnen Beschwerden der Patienten mit Magen-Darm-Störungen bringt die folgende Tabelle:

Tabelle 28 - Häufigkeit der Beschwerden Gruppe "Magen" -

	1962				1973			
	♂	♀	♂+♀	%	♂	♀	♂+♀	%
Völlegefühl	3	1	4	10	2	∅	2	5
Schmerzen bzw. Druck im Bauch	13	18	31	75	13	15	28	68
Obstipation	4	9	13	32	1	5	6	15
Appetitstörungen	4	1	5	12	2	2	4	10
Erbrechen/Brechr./Übelk.	2	4	6	15	∅	2	2	5
Nichtvertragen von Speisen und/oder Getränken	3	3	6	15	4	4	8	20
Durchfälle	3	2	5	12	2	1	3	7
Herz-Kreislaufbeschwerden	1	2	3	7	1	2	3	7

Allgemein wurde von einer größeren Anzahl von Patienten mehrere Beschwerden in Kombination (Summe der Prozentzahlen = mehr als 100) genannt als bei der Gruppe "Herz". 1962 wie auch 1973 wurden Schmerzen bzw. Druck im Bauch als diejenigen Symptome gefunden, die von der Mehrzahl der Patienten angegeben wurden (75 % bzw. 68 %). Obstipation, welche 1962 ungefähr bei einem Drittel aller Fälle eine Rolle spielte, hat anscheinend an Bedeutung verloren. Die restlichen Beschwerden haben (in absoluten Zahlen gesehen) ihren Stellenwert in etwa beibehalten.

Eine weitere Zusammenstellung soll verdeutlichen, wie häufig organpathologische Befunde entsprechend den Beschwerden 1973 gefunden wurden. Auch hier sei noch einmal auf die Erläuterungen zur Tabelle 3 verwiesen, um verständlich zu machen, daß nur auf einen direkten Zusammenhang zu den vom Patienten geschilderten Beschwerden Bezug genommen wird.

Tabelle 29 - Beschwerdebild 1973/Organpath. Befunde-"Magen" -

	Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962		stärker	unveränd.	schwächer	normalis.	Summe
♂	Pathologische Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	ja	2	9	∅	∅	11
		nein	∅	4	2	1	7
♀	Pathologische Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	ja	∅	11	1	∅	12
		nein	1	7	1	2	11

Die Mehrzahl der Patienten der Gruppe "Magen" weist pathologische Organbefunde auf , die zu den geklagten Beschwerden in Bezug gebracht werden können. Es scheint also, daß funktionelle Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes im Laufe der Jahre in größerem Maße zu faßbaren Organerkrankungen führen als die funktionellen Erkrankungen des Herzens.

Nun soll für beide Gruppen gemeinsam dargestellt werden, ob auch zu den Beschwerden 1962 eine Beziehung besteht, d.h. ob aus den funktionellen Erkrankungen des Jahres 1962 organpathologische Erkrankungen 1973 geworden sind (Tabelle 30).

Tabelle 30 - Beziehung der den Beschwerden 1973 adäquaten Organerkrankungen zu den Beschwerden/Diagnosen 1962

Gruppe		Anzahl Pat. 1973	Organpath. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	Beziehung der Organerkrankungen 1973 zu Beschwerden/Diagnosen 1962	
				ja	nein
Herz	♂	41	10	5	5
	♀	42	17	6	11
Magen	♂	18	11	5	6
	♀	23	12	5	7

Die Tabelle läßt erkennen, daß bei etwa jeweils der Hälfte derjenigen Patienten, die jetzt organpathologische Befunde in Beziehung zu den geklagten Beschwerden aufweisen, Verbindungen zu den geklagten Beschwerden im Jahr 1962 hergestellt werden können.

Wenn man die Gesamtzahl der Patienten zugrunde legt, dann können innerhalb der Gruppe "Herz" bei etwas mehr als 10 % der Patienten die jetzigen Erkrankungen aus funktionellen Beschwerden im Jahr 1962 abgeleitet werden. Bei der Gruppe "Magen" ist dies bei über 20 % der Patienten der Fall.

Wir finden also bei der Gruppe "Magen" prozentual gesehen nicht nur mehr den Beschwerden entsprechende organpathologische Befunde, sondern können auch eher einen Bezug zu früheren funktionellen Beschwerden herstellen als bei der Gruppe "Herz".

V. DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Ziel dieser Arbeit ist es, darzustellen, wie sich funktionelle Beschwerden hinsichtlich besonderer Aspekte während eines längeren Beobachtungszeitraumes verhalten. So interessierte uns einmal, ob die Beschwerden gleich blieben oder in welchem Maße Änderungen eintraten. Zum anderen, ob jetzt Korrelationen von Beschwerdebildern und erhobenen Organbefunden bemerkbar sind. Schließlich wurde auch nach möglichen psychischen Abweichungen der Probanden gesucht.

Durch das festgelegte Auswahlverfahren und zusätzlich durch die größere Anzahl erfolgloser Aufforderungen zur Untersuchung entstand nur ein verhältnismäßig kleines Untersuchungskollektiv. Die Ergebnisse lassen aber dennoch deutliche Tendenzen erkennen.

Eine Gegenüberstellung unserer Untersuchungen mit denen anderer Untersucher (CREMERIUS, REMER, SAINSBURY) ist nur zum Teil möglich, da diese durch die jeweilige Zielsetzung nicht direkt vergleichbar erscheinen. Verwertbar in dieser Hinsicht sind nur Aussagen, die eine unserer Gruppen als Ganzes betreffen.

Zur Festlegung des Neurosegrades bedienten wir uns des "Maudsley Personality Inventory" (MPI) und des "Maudsley Medical Questionnaire" (MMQ) von EYSENCK. Diese Tests erschienen uns geeignet, weil sie allgemein anerkannt sind, ihre Wertigkeit auch für deutsche Verhältnisse belegt ist (ARENZ) und sie zudem als sehr praktikabel anzusehen sind. Ergänzend dazu hielten wir die Beurteilung der depressiven Tendenz mit Hilfe des "Depressionsindex" nach POPOFF für wichtig.

Die jeweiligen Resultate sind in den folgenden Tabellen vergleichend gegenübergestellt.

In der Tabelle 31 sind die Ergebnisse des MPI, des MMQ und des Depressionsindex der Gruppe "Herz" im Bezug zum Beschwerdebild dargestellt.

Tabelle 31 - MPI-MMQ-Depr.Index-"Herz"/Beschwerdebild 1973

Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962	Anz. Pat.	MPI		MMQ		Depr. Index
		N	E	N	L	
♂ stärker	6	22,0	26,3	20.0	8,0	11,2
♂ unverändert	20	20,8	21,9	15,5	10,6	7,8
♂ schwächer/normalisiert	14	18,2	25,8	12,3	11,1	4,7
♀ stärker	5	24,6	26,4	20,0	11,5	11,0
♀ unverändert	27	30,6	20,2	21,8	11,0	10,8
♀ schwächer/normalisiert	9	17,7	26,7	17,0	10,9	7,2

Bei der N-Skala (=Neurosetendenz) beider Fragebögen (MPI und MMQ) zeigt sich, daß man bei den männlichen Patienten einen höheren Neurosegrad erkennen kann, je stärker die Beschwerden waren. Bei den weiblichen Patienten hat dagegen immer die Gruppe, deren Beschwerden unverändert blieben, den höchsten Neurosegrad. Für die E-Skala (Extroversion/Introversion) gilt, daß jeweils die Gruppe mit den unveränderten Beschwerden das niedrigste Ergebnis erzielte, d.h. relativ am meisten introvertiert ist. Die übrigen Gruppen sind, unabhängig davon, ob sich die Beschwerden besserten oder verschlimmerten, deutlich extrovertiert.

Die Ergebnisse der L-Skala (Lügentendenz) bewegen sich bei allen Gruppen in etwa in der gleichen Größenordnung. Eine starke Abweichung in Richtung Simulation oder Dissimulation ist nicht erkennbar.

Die depressive Tendenz - mit Hilfe des Depressionsindex ermittelt - zeigt einen klaren Bezug zu der geklagten Intensität der Beschwerden. Ein gleichmäßiger Anstieg ist bei den männlichen Probanden gegeben, während bei den weiblichen Patienten die Gruppen mit unverändertem bzw. stärkerem Beschwerdebild in etwa ein gleiches Ergebnis erzielten.

In der Tabelle 32 werden die Ergebnisse der Tests der Gruppe "Herz" mit dem Auftreten bzw. Nichtauftreten organpathologischer Befunde verglichen.

Tabelle 32 - MPI-MMQ-Depr. Index-"Herz"/Organpath. Befunde -

			Anz. Pat.	MPI		MMQ		Depr. Index
				N	E	N	L	
♂	Organpath. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	ja	10	24,3	23,5	16,8	10,5	10,0
		nein	30	19,3	24,1	14,5	10,3	6,5
♀	Organpath. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	ja	17	27,7	19,8	23,3	12,1	10,7
		nein	24	26,8	24,2	19,1	10,4	9,7

Bei der Mehrzahl der Patienten konnte auch jetzt kein organischer Befund, der dem Beschwerdebild entsprach, gefunden werden. Patienten, bei denen ein Befund erhoben wurde, der dem Beschwerdebild entsprach, haben nach MPI-N und MMQ-N eine höhere neurotische Tendenz als jene ohne adäquate Befunde. Dazu kommt in der E-Skala die schon zitierte Gegenläufigkeit zum Ausdruck. In der L-Skala des MMQ weisen wiederum die Patientinnen mit den den geklagten Beschwerden adäquaten Befunden höhere Ergebnisse auf. Die Resultate des Depressions-Index stehen im Einklang mit den Ergebnissen der L-Skala und dem Auftreten organpathologischer Befunde. Patienten, bei denen ein pathologischer Organbefund erhoben wurde, zeigten eine höhere depressive Tendenz, ohne in der L-Skala auffällig zu sein.

Dies bedeutet für unser Patientengut, daß in den Testbögen erzielte hohe Neurosewerte nicht allein in einer neurotischen Persönlichkeitsstruktur begründet sind. Die hier aufgezeigte erhöhte neurotische Tendenz beim Vorhandensein von Organbefunden bestätigt die klinische Erfahrung, derzufolge Patienten mit somatischen Erkrankungen immer auch psychisch alteriert sind.

Die meisten Patienten der Gruppe "Herz" klagen auch heute noch im wesentlichen unveränderte Beschwerden. Dieses Kollektiv zeigt im Vergleich zu dem Kollektiv mit stärkeren, sowie dem mit schwächeren oder normalisierten Beschwerden bei den männlichen Patienten ausgeglichene Ergebnisse in den Testbögen.

Einen in der Höhe vergleichbaren Wert der E-Skala erkennen wir bei beiden Gruppen mit den veränderten Beschwerden, obwohl die Werte der N-Skalen jeweils gleichsinnig voneinander differieren. Eine Erklärung dafür könnte die L-Skala bieten. Offensichtlich neigen die männlichen Patienten, welche geringere Beschwerden angaben, etwas eher zur Dissimulation; jedoch sind die Differenzen innerhalb der L-Skala nur sehr gering.

Ein deutliches Spiegelbild der Beschwerdeintensität sind die Ergebnisse der männlichen Patienten im Depressions-Index nach POPOFF, die gleichsinnig ansteigen.

Die weiblichen Patienten der Gruppe "Herz" zeigen in ihren Ergebnissen ein uneinheitliches Bild. Patientinnen mit unveränderten Beschwerden erreichen die höchsten Neurosewerte, verbunden mit einer relativen Introversion. Die Ergebnisse der L-Skala lassen vermuten, daß die jeweils vorgebrachten Beschwerden bewußt überzeichnet wurden. Diese Vermutung würde auch dem Depressions-Index entsprechen, dessen Resultate bei den Frauen im Durchschnitt höher sind als bei den männlichen Patienten.

Die Gruppe "Magen" bietet in den Ergebnissen der Testbögen ein uneinheitlicheres Bild. Möglicherweise dadurch bedingt, daß in Tabelle 33 jene beiden Untergruppen, deren Beschwerden sich verstärkten, mit nur einem bzw. zwei Patienten die Resultate in der Gesamtheit etwas verfälschten.

In Tabelle 33 werden alle Testergebnisse der Gruppe "Magen" mit der Entwicklung des Beschwerdebildes verglichen.

Tabelle 33 - MPI-MMQ-Depr.Index-"Magen"/Beschwerdebild 1973 -

	Beschwerdebild 1973 gegenüber 1962	Anz. Pat.	MPI N	MPI E	MMQ N	MMQ L	Depres Index
♂	stärker	2	35,5	25,5	22,5	9,5	11,5
♂	unverändert	13	25,1	19,0	18,9	8,9	9,5
♂	schwächer/ normalisiert	3	21,0	21,7	4,5	12,5	7,3
♀	stärker	1	24,0	14,0	18,0	16,0	15,0
♀	unverändert	17	25,9	19,6	20,8	10,7	10,1
♀	schwächer/ normalisiert	3	24,7	17,7	17,7	12,7	5,3

Männliche Patienten, die jetzt stärkere Beschwerden als 1962 angaben, erzielten sowohl bei MPI-N als auch bei MMQ-N die höchsten Ergebnisse. Dann verringern sich die Durchschnittsresultate bei Patienten mit unveränderten Beschwerden als auch nochmals bei jenen mit geringeren oder keinen Beschwerden. Bei den weiblichen Patienten dagegen erzielt die Untergruppe mit den unveränderten Beschwerden die höchsten Ergebnisse der N-Skala. Die beiden anderen Gruppen liegen jeweils darunter. Gegensätzlich sind die Werte der E-Skala. Bei den männlichen Probanden ist die Untergruppe mit unveränderten Beschwerden am meisten introvertiert, bei den weiblichen Patienten ist diese Untergruppe am meisten extrovertiert.

Dagegen sind bei der L-Skala im MMQ beide Untergruppen mit unveränderten Beschwerden diejenigen, die die niedrigsten Werte aufzuweisen haben. Die Werte der übrigen Untergruppen sind unterschiedlich höher, der Wert der Probandin, welche stärkere Beschwerden angab, gar in einem Bereich, der die übrigen Ergebnisse der Patientin zweifelhaft erscheinen läßt. Beim Depressions-Index ist

ein Ansteigen der Werte adäquat der erlebten und geklagten Intensität der Beschwerden zu verzeichnen.

Das Auftreten oder Nichtauftreten organpathologischer Befunde entsprechend den geklagten Beschwerden der Gruppe "Magen" ist in Tabelle 34 zu den Testergebnissen in Bezug gesetzt.

Tabelle 34 - MPI-MMQ-Depr.Index-"Magen"/Organpath. Befunde -

		Anz. Pat.	MPI N	MPI E	MMQ N	MMQ L	Depr. Index
♂ organpath. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	ja	11	26,8	18,4	20,2	9,5	9,9
	nein	7	23,8	24,4	12,8	9,9	8,6
♀ organpath. Befunde in Bezug auf Beschwerdebild 1973	ja	11+)	26,2	21,5	19,1	10,9	9,1
	nein	10	25,0	16,4	22,5	11,6	10,2

+) Bemerkung: Eigentlich 12 Probandinnen; von einer Patientin konnten jedoch die Testbögen wegen Unvollständigkeit nicht verwertet werden.

Männliche Patienten, die organpathologische Befunde aufweisen, haben höhere Ergebnisse in beiden N-Skalen als jene ohne organpathologische Befunde. Besonders deutlich sichtbar wird dies bei MMQ.

Die weiblichen Patienten mit organpathologischen Befunden erzielen bei MPI ebenfalls höhere Ergebnisse, aber im Vergleich zu den männlichen Patienten nicht bei MMQ. Eine Abweichung zwischen den Geschlechtern zeigt auch die E-Skala. Die höheren Resultate finden sich bei den männlichen Patienten mit organpathologischen Befunden. Innerhalb der L-Skala differieren die Ergebnisse nur geringfügig. Bei den männlichen und weiblichen Patienten erreichen jeweils jene ohne organpathologische Befunde den höheren Wert. REMER kam bei der Gegenüberstellung von Psychosomatikern und Ulkuspatienten weitgehend zu den gleichen Feststellungen.

Etwas anders stellt sich das Bild beim Depressions-Index dar. Hier sind es die männlichen Patienten ohne und die weiblichen mit organpathologischen Befunden, deren Aussagen am wenigsten auf eine Depressivität hinweisen.

Auffallend ist in der Gruppe "Magen" ein eindeutiges Überwiegen derjenigen Patienten, deren Beschwerden in der Intensität unverändert geblieben sind. Nur von wenigen Probanden wurde eine Verstärkung oder Verminderung bzw. Normalisierung der Beschwerden angegeben. Zu einem vergleichbaren Resultat kommt A.E. MEYER, der prognostisch die funktionellen Oberbauchbeschwerden allgemein als "zur Chronizität tendierende Leiden" wertet.

Es sind dazu einige weitere Resultate anzufügen: Steigerung der Werte der N-Skalen von männlichen Patienten mit schwächeren oder normalisierten Beschwerden bis zu denen mit stärkeren Beschwerden als 1962. Verbunden damit ist eine gleichsinnige Steigerung der Ergebnisse des Depressions-Index. Bei den männlichen Patienten lassen sich demzufolge aus den Ergebnissen der Testbögen die Beschwerdegrade weitgehend ablesen - nicht jedoch bei den weiblichen Patienten, bei denen diese kontinuierlichen Steigerungen nicht beobachtet werden.

Es muß eine Anzahl Patientinnen geben, die ihre Beschwerden stärker erleben bzw. bewußt überzeichnen. Unterstützt wird diese Aussage durch die zur Gruppe der männlichen Patienten vergleichsweise höheren Resultate der L-Skala.

Nachfolgend nun - nach zusammenfassender und vergleichender Diskussion der Resultate jeder Gruppe - eine Gegenüberstellung beider Gruppen in ihren Ergebnissen.

Die Patienten der Gruppe "Magen" waren im Vergleich zu denen der Gruppe "Herz" im Durchschnitt während der klinischen Untersuchung psychisch auffälliger. Besonders trat dieses Verhalten innerhalb der Anamneseerhebung bei der Schilderung der Beschwerden hervor. Offensichtlich stehen die Patienten mit Oberbauchbeschwerden allgemein unter einem höheren Leidensdruck. Die Testergebnisse bestätigen in etwa diese Beobachtung: Die Mittelwerte der Gruppe "Magen" liegen in der N-Skala bei MPI und MMQ höher, in der E-Skala bei MPI niedriger als die der Gruppe "Herz". Zusätzlich wird noch ein niedrigerer Mittelwert in der L-Skala des MMQ für die Gruppe "Magen" errechnet.

Auch die klinischen Untersuchungen zeigten, daß die Patienten der Gruppe "Magen" in größerem Maße organpathologische Befunde aufwiesen. Bei etwas mehr als 20 % der Patienten der Gruppe "Magen" und bei etwa 10 % der Patienten der Gruppe "Herz" konnten wir Beziehungen von den jetzigen Organdiagnosen zu den Beschwerden von 1962 herstellen. CREMERIUS fand ebenfalls eher bei Patienten mit funktionellen Magenbeschwerden "die Hypothese von der Entwicklung organischer Erkrankungen aus funktionellen Vorstadien" bestätigt. Bei 26 % seiner Magenpatienten und 7,5 % seiner Herzpatienten fand er organische Erkrankungen am vorher funktionell gestörten Organ.

Die Ergebnisse unserer Untersuchungen lassen bei beiden Gruppen den Schluß zu, daß eine erhöhte neurotische Tendenz im Ergebnis der Testbögen auf organpathologische Befunde hinweist. Wir müssen annehmen, daß es sich um die "gehemmten Menschen" handelt, "denen es nicht möglich ist, ihre Emotionen auszuleben, d.h. sich abzureagieren. Der Emotion folgt nicht eine umweltbezogene adäquate Entäußerung, sondern sie bildet den chronischen Störfaktor, der über die funktionellen Beschwerden schließlich zur Läsion führt" (DELAY, zit. in "Von der Emotion zur Läsion",). Weiter müssen wir annehmen, daß es sich hier um Patienten mit einer Organerkrankung handelt, die durch eben diese Erkrankung "neurotisiert" worden sind. Jene Patienten, die

sich mit ihrer Krankheit abgefunden haben, waren wahrscheinlich an einer erneuten Untersuchung nicht interessiert und sind nicht erschienen.

Geprüft werden sollte ferner, ob eine bestimmte neurotische Tendenz auch bei jener Patientengruppe erkennbar ist, deren Emotionen sich innerhalb des geprüften Zeitraumes von 11 Jahren offensichtlich zur Läsion entwickelten.

Die folgende Tabelle 35 zeigt die Aufteilung der Patienten mit organpathologischen Befunden entsprechend der Tabelle 30 mit den Ergebnissen der Testbögen dieser Personen.

Tabelle 35 - Beziehungen der Beschwerden 1973 - bei Patienten mit nachgewiesenen organpathologischen Befunden - zu den funktionellen Beschwerden 1962 -

Gruppe			MPI		MMQ		
		n	N	E	N	L	D
♂ Herz	ja	5	29,8	23,0	18,0	9,2	11,0
♀	ja	6	20,0	20,6	19,8	12,8	11,0
♂ Magen	ja	5	22,4	25,6	19,2	9,2	8,2
♀	ja	5	30,6	20,4	22,2	10,6	10,0
♂ Herz	nein	5	18,8	24,0	14,7	12,3	8,3
♀	nein	11	31,3	19,5	24,8	11,9	10,6
♂ Herz	nein	6	30,5	12,3	21,0	9,8	11,3
♀	nein	6 +)	22,5	22,3	16,5	11,2	8,3

+) s. Bemerkung Tabelle 34 - gilt sinngemäß hier ebenfalls

Wie bereits dargestellt, zeichnen sich die Gruppen mit organpathologischen Befunden im allgemeinen durch eine höhere Neurosetendenz aus. Keine eindeutige Aussage läßt sich anhand der Unterteilung treffen, die gemäß Tabelle 35 in Kollektive, bei denen entweder eine Beziehung des Beschwerdebildes von 1973 zu dem von 1962 besteht oder dies nicht der Fall ist, vorgenommen wurde.

Die Durchschnittsergebnisse der Testbögen dieser Patienten zeigen ein uncharakteristisches, wechselhaftes Bild. Es kann daher vermutet werden, daß keine bestimmte, anhand der Testbögen erkennbare Gruppe aus früheren funktionellen Beschwerden organpathologische Befunde entwickelte. Diese Aussage gilt natürlich für retrospektive Betrachtungen. Die hier verwendeten Testbögen stellen demnach für diese spezielle Art von Untersuchungen keine wesentliche Hilfe dar.

Einen Überblick über die Mittelwerte der Ergebnisse von MPI und MMQ der vorliegenden Untersuchung sowie über die Resultate anderer Untersucher enthalten Tabelle 36 sowie die Abbildungen 11 und 12.

Tabelle 36 - Auswahl von MPI-/MMQ-Werten anderer Untersucher -

	MPI		MMQ	
	N	E	N	L
ARENZ zitiert:				
Normale Engländer	19,9	24,9	-	-
Amerikanische Erwachsene ♂ und ♀	18,6	24,9	-	-
Psychosom. Krankh. (engl.)	35,7	25,4	-	-
Psychopathen	35,5	30,7	-	-
ARENZ-Mittelwerte	21,1	23,4	13,2	9,9
REMER				
Psychosom. Krankh. (dtsch.)	22,9	21,9	17,1	10,5
Ulkuspatienten	25,5	20,6	18,8	10,0
MICHEL				
Deutsche Normalbevölkerung	-	-	13,1	8,6
EYSENCK - Mittelwerte				
(engl. Normalbevölkerung)	-	-	11,0	6,1
SAINSBURY				
Kontrollgruppe (1)	18,4	25,7	-	-
Mögl. psychosom. Krankh. (2)	23,1	26,0	-	-
Psychosom. Krankh. (3)	23,8	23,2	-	-
Neurotiker (4)	32,0	21,4	-	-

Abbildung 11 - Mittelwerte MPI einer Auswahl anderer sowie eigener Untersuchungen

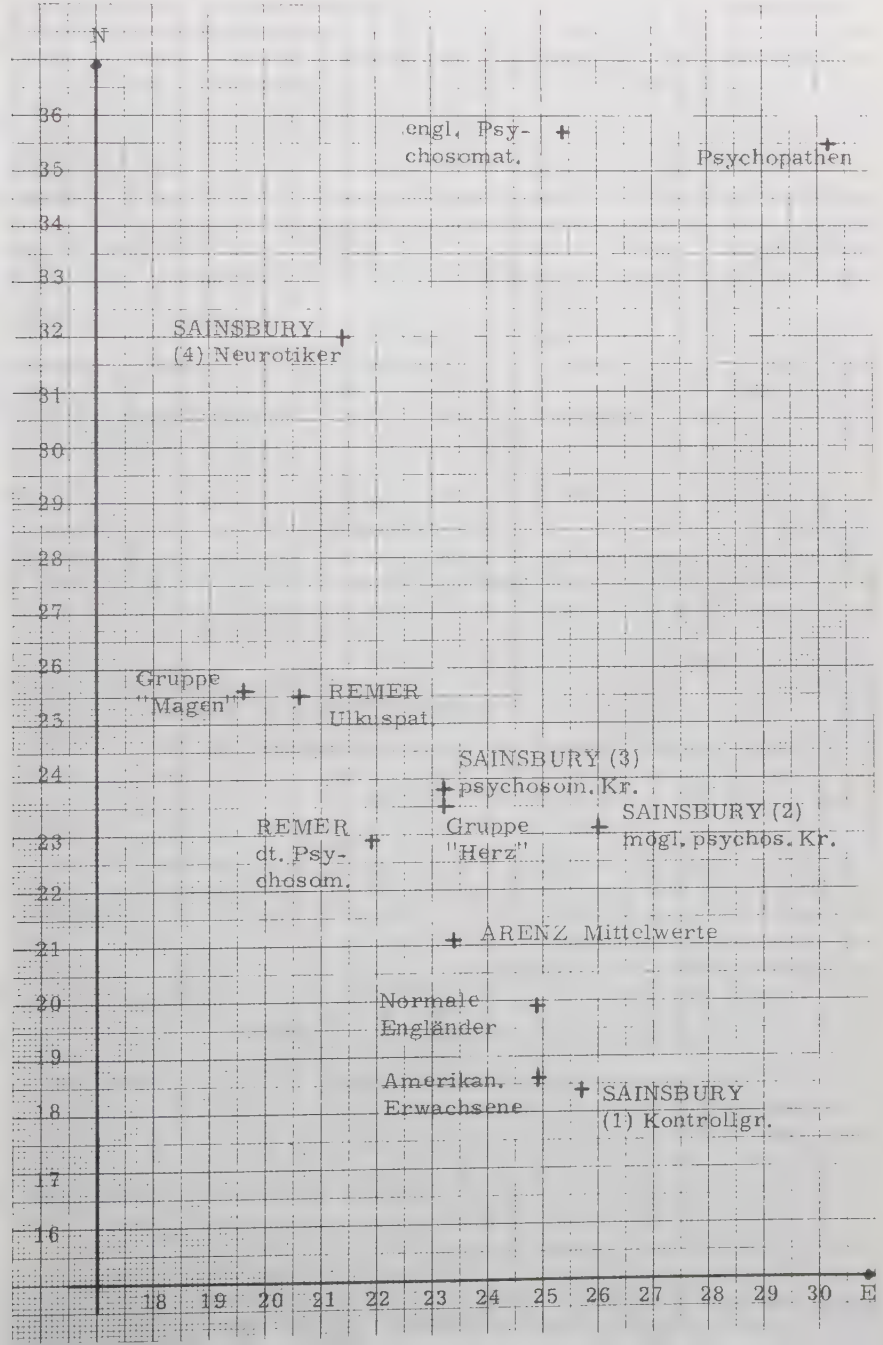
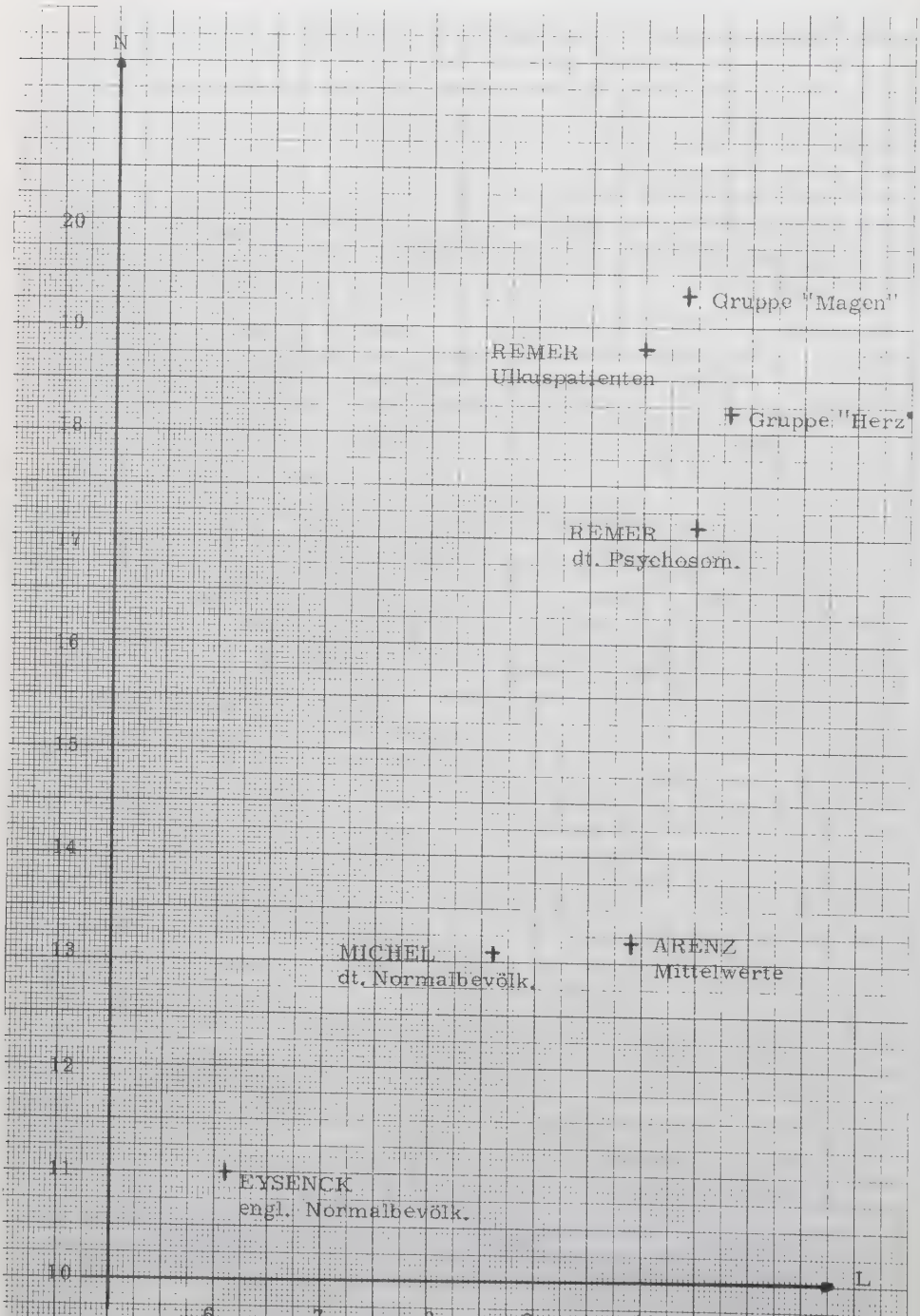


Abbildung 12 - Mittelwerte MMQ einer Auswahl anderer sowie eigener Untersuchungen -



SAINSBURY untersuchte über 1500 Patienten und teilte sie entsprechend ihrer Diagnose in vier Gruppen ein: Kontrollgruppe, mögliche psychosomatische Krankheiten, psychosomatische Krankheiten und neurotische Krankheiten. Er beobachtete bei zunehmender Introversion eine Zunahme der neurotischen Tendenz. Eine Ausnahme davon bildet die Gruppe der Patienten mit möglichen psychosomatischen Erkrankungen, bei der eine relativ hohe Extraversion festgestellt wurde.

Der Mittelwert des MPI unserer Gruppe "Herz" weist nur geringe Differenzen zum Mittelwert der Gruppe mit psychosomatischen Erkrankungen bei SAINSBURY und zum Ergebnis der REMER'schen Untersuchung auf. Das Durchschnittsergebnis der Gruppe "Magen" ist mehr vom Ergebnis der Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen von REMER entfernt, steht dafür in enger Beziehung zum Resultat der Ulkuspatienten der eben zitierten Untersuchung. Dies mag ein Hinweis auf das häufigere Auffinden pathologischer Organerkrankungen bei unseren "Magen"-Patienten sein.

Zu den Normalpersonen, zur Kontrollgruppe von SAINSBURY, sowie zu den Neurotikern von SAINSBURY zeigen unsere Ergebnisse deutliche Differenzen. Diese Abgrenzung zu den Normalpersonen verdeutlichen auch die Mittelwerte unserer Gruppe im Ergebnis des MMQ. Gegenüber den Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen von REMER weisen unsere Probanden eine höhere neurotische Tendenz ohne wesentliche Differenz in der L-Skala auf. Diese höhere neurotische Tendenz einerseits und die enge Beziehung zu den Ulkuspatienten von REMER andererseits darf auch im MMQ als Hinweis auf die Zusammensetzung unserer Kollektive aus Patienten mit psychosomatischen Krankheiten und Patienten mit Organbefunden gedeutet werden.

In dieser Arbeit konnte gezeigt werden, daß Patienten, die nach funktionellen Beschwerden entsprechende organpathologische Veränderungen aufweisen, in der Regel eine höhere neurotische Tendenz besitzen. Dies hat jedoch nur Gültigkeit für den momentanen Allgemeinzustand. Zusammenhänge mit länger zurückliegenden Beschwerdekomplexen konnten mittels der Testbögen nicht aufgezeigt werden.

Weiterhin konnte bestätigt werden, daß Patienten mit funktionellen Magenerkrankungen offenbar eher dazu neigen, entsprechende Organbefunde zu entwikkeln als Patienten mit funktionellen Herzbeschwerden.

Letzteres Ergebnis, das denen anderer Untersucher (CREMERIUS) entspricht, zeigt, daß das untersuchte Kollektiv auf Grund seiner Zusammensetzung als repräsentativ bewertet werden kann.

VI. ZUSAMMENFASSUNG

Mittels einer Verlaufskontrolle sollte bei Patienten, bei denen eine funktionelle Erkrankung vor 10 Jahren diagnostiziert worden war, geprüft werden, in welchem Maße eine Neurotisierung vorliegt und inwieweit ein Wandel zur manifesten Organerkrankung eingetreten ist.

In der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg wurden 124 Patienten untersucht, die im Jahr 1962 als Patienten dieser Klinik keinen pathologischen Organbefund aufwiesen, der ihren damals geklagten Beschwerden entsprach. Es wurden Organsysteme gewählt, die am häufigsten im Zusammenhang mit sog. funktionellen Beschwerden genannt werden: das Herz (83 Patienten) und der Magen (41 Patienten). Der Einfluß möglicher neurotischer Faktoren sollte mit Hilfe von Testbögen (MPI, MMQ und Depressions-Test nach POPOFF) festgestellt werden.

Die Ergebnisse zeigen, daß auch heute noch die Mehrheit der untersuchten Patienten keinen pathologischen Organbefund aufweist, der ihren geklagten Beschwerden entspräche.

Eine Beziehung von den jetzigen Organbefunden zu den funktionellen Beschwerden 1962 wurde bei mehr als 10 % der Patienten der Gruppe "Herz" und über 20 % der Patienten der Gruppe "Magen" nachgewiesen.

Die Patienten der Gruppe "Magen" erschienen während der jetzigen Untersuchung psychisch auffälliger. Offensichtlich stehen sie unter einem höheren Leidensdruck als die Patienten der Gruppe "Herz".

Die weiblichen Patienten weisen in der vorliegenden Studie insgesamt uneinheitlichere Ergebnisse der Testbögen auf. Die Resultate der männlichen Patienten sind demgegenüber mehr gerichtet. Unterstützt wird diese Beobachtung durch niedrigere Ergebnisse der männlichen Patienten in der L-Skala des MMQ.

Patienten mit jetzt erhobenen organpathologischen Befunden wiesen eine höhere neurotische Tendenz auf. Eine Beziehung zum Beschwerdebild 1962 ließ sich anhand der Testbögen nicht darstellen. Entsprechend der subjektiv empfundenen Beschwerdeintensität war eine Zunahme der depressiven Tendenz zu verzeichnen.

VII. LITERATURVERZEICHNIS

ALEXANDER, F.: Psychosomatische Medizin.
Verlag de Gruyter, Berlin. 2. Aufl. 1971

ALKAN, L.: Anatomische Organkrankheiten aus seelischer Ursache.
Hippokrates-Verlag, Stuttgart, Leipzig 1930

ARENZ, R.: Normwerte des Neurotizismus und der Extraversion.
Inaugural-Dissertation, Würzburg 1969

BERGMANN, G. v.: Ulcus duodeni und vegetatives Nervensystem.
Berl. Klin. Wschr. 50, 2374 (1913)

BRÄUTIGAM, W.: Reaktionen, Neurosen, Psychopathien.
2. überarbeitete Auflage, Stuttgart: Thieme 1969

BRÄUTIGAM, W., CHRISTIAN, P.: Psychosomatische Medizin.
Ein kurzgefaßtes Lehrbuch für Studenten und Ärzte.
Stuttgart: Thieme 1973

CREMERIUS, J.: Die Prognose funktioneller Syndrome.
Verlag Ferdinand Enke, Stuttgart 1968

CREMERIUS, J.: Zur Frage der nosologischen Einordnung funktioneller Syndrome.
Med. Welt 19 (N.F.): 689-692 (1968)

CREMERIUS, J.: Medizinische Poliklinik und Psychosomatik.
Zeitschrift für psychosom. Med. 17/42 (1971)

DUNBAR, F.: Emotions and Bodily Changes.
A Survey of Literature on Psychosomatic.
Interrelationships, 1910-1945
Columbia University Press New York (1946)

EYSENCK, H. J.: Dimensions of Personality.
Routledge and Kegan Paul, London, 1947

EYSENCK, H.J.: Fragebogen als Meßmittel der Persönlichkeit.
Zeitschr. für exp. und angew. Psychol. 1., 1953

EYSENCK, H.J.: Zur Theorie der Persönlichkeitsbestimmung.
Zeitschr. für diagn. Psychol. und Pers.forschung, 2., 1954

EYSENCK, H.J.: Das "Maudsley Personality Inventory" als Bestimmer der neurotischen Tendenz und Extraversion.
Zeitschr. für exp. und angew. Psychol. 6., 1959

EYSENCK, H.J.: Das "Maudsley Personality Inventory" (MPI) (Testmanual)
Verlag f. Psychologie. Dr. C.J. Hogrefe, Göttingen, 1959

EYSENCK, H.J.: Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen (MMQ).
Verlag für Psychologie Dr. C.J. Hogrefe, Göttingen, 2. verb. Auflage

FISCHER-HOMBERGER, E.: Zur Geschichte des Zusammenhanges zwischen Seele und Verdauung.
Schweiz. med. Wschr. 103, 1433-1441 (1973)

FRANKE, H.: Zur Problematik der Frühdiagnose interner Krankheiten.
Münch. med. Wschr. 112 (1970), 661

FRANKE, H. und J. SCHRÖDER, I. GEUDER: Über Häufigkeit, Ursachen und Bedeutung der Geschlechtsunterschiede bei inneren Erkrankungen.
Dtsch. med. Wschr. 14, 653 (1959)

FREYBERGER, H.: Psychosomatik und Psychotherapie in Colitis ulcerosa und granulomatosa.
von C. Krauspe, K. Müller-Wieland, F. Stelzner (Hrsg.)
Urban und Schwarzenberg, München 1972

FREYBERGER, H. und K. MÜLLER-WIELAND: Psychische Veränderungen als Voraussetzung oder Folge von gastrointestinalen Störungen.
In Klinische Gastroenterologie von L. Demling (Hrsg.)
Stuttgart: Thieme 1973

FREYBERGER, H.: Aufgabenbereiche des Psychosomatikers in der Gastroenterologie.
Leber Magen Darm 4, Nr. 3 (1974) 85-92

HAGEDORN, E.: Psychosomatische Aspekte bei Funktionsstörungen und Erkrankungen der Leber.
Zeitschr. f. psychosom. Med. 15/1 (1969)

HAGEDORN, E.: und K. MESSNER, H.H. STAUDT, H.G. ARNDS: Zur Symptomverteilung bei psychosomatisch Kranken. Zeitschr. für psychosom. Med. 17/144 (1971)

HAU, Th. F.: Vergleichende Untersuchungen an Schizophrenen und Neurotikern mit dem MMQ. Z. exp. und angew. Psycholog. IV, 669-688 (1957)

HAU, Th. F.: "Neuroticism" und Psychoanalyse. Z. Psychosomat. Med. IV, 261-268 (1958)

ILLIG, H.: Symptomatologie der funktionellen Syndrome des Gastrointestinaltraktes. Münch. med. Wschr. 103 (1961), 2082

ISERMANN, H.: Akute Bauchsymptome bei psychischen Erkrankungen. Med. Klinik 67 (1972/I), 55

JORES, A.: Praktische Psychosomatik. Verlag Hans Huber Bern Stuttgart Wien 1976

KRAPF, W.: Neurotizismus bei 50 magenresezierten Patienten. Inaugural-Dissertation, Würzburg 1969

MEYER, A.E.: Die Psychosomatik der Kranken mit funktionellen Oberbauchbeschwerden. In Praktische Psychosomatik von A. Jores (Hrsg.) Verlag Hans Huber Bern Stuttgart Wien 1976

NEUMANN-Kern, V.: Die Lügentendenzen und ihre Beziehung zu den neurotischen Tendenzen im MMQ. Z. für diagn. Psychol. und Pers. Forschung III 124-141 (1957)

PIERINGER, M.: Zur Prognose funktioneller Herzbeschwerden. Ergebnisse einer 20-jährigen Verlaufsstudie. Inaugural-Dissertation Würzburg 1972

POPOFF, L.M.: A Simple Method for Diagnosis of Depression by the Family Physician. Clin. Med. 76 (1969), 24-29

REMER, E.: Untersuchung von Asthmatikern und Ulkuspatienten mit Hilfe des MPI, des MMQ und des Lüscher-Farbtests unter besonderer Berücksichtigung wesentlicher Gütekriterien dieser Teste. Zulassungsarbeit zur Diplom-Vorprüfung für Psychologen an der Universität Würzburg, 1964

RICHTER, H.-E. und D. BECKMANN: Herzneurose. Gg. Thieme Verlag Stuttgart, 2. überarb. Auflage 1973

SAINSBURY, P.: Psychosomatic disorders and neuroses in outpatients attending a general hospital. J. Psychosomat. Res. IV (1959/60), 261

SCHLEUSENER, R.: Zur Prognose stenokardischer Beschwerden. Inaugural-Dissertation Würzburg 1960

SCHMIDBAUER, W.: Psychosomatik (1-8). Hoffmann La Roche AG 1974 (Selecta-Verlag, Dr. Ildar Idris, Planegg)

STERN, E.: Lebenskonflikte als Krankheitsursachen. Verlag Rascher, Stuttgart-Zürich 1952

UEXKÜLL, Th. v.: Funktionelle Syndrome in der Praxis. Psyche 12 (1958) 481

UEXKÜLL, Th. v.: Die Bedeutung funktioneller Syndrome für die Allgemeinpraxis. Ärztl. Wschr. 14, 573 (1959)

UEXKÜLL, Th. v.: Funktionelle Syndrome in psychosomatischer Sicht. Klinik der Gegenwart 9 (1960), 299

UEXKÜLL, Th. v.: Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Rowohlt Deutsche Enzyklopädie Hamburg 4. Auflage 1971

WEIZSÄCKER, V.v.: Psychosomatische Medizin. Verh. der dtsch. Ges. für inn. Med., Wiesbaden 1949

WEIZSÄCKER, V.v.: Klinische Vorstellungen. Hippokrates-Verlag Stuttgart 1955 4. Auflage

WEIZSÄCKER, V.v.: Körpergeschehen und Neurose. Hippokrates-Verlag Stuttgart 1957, 2. Auflage

ohne AUTOR: Von der Emotion zur Läsion. Hoffmann-La Roche AG Grenzach Baden 1968

- MPI -

Name: Vornamen:

Alter: Geschlecht: ..... Beruf:

N = E = ? =

Anweisung. Im folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen, die Ihr Verhalten, Fühlen und Handeln betreffen. Jede Frage ist mit einem „Ja", einem „?" und einem „Nein" versehen.

Bitte entscheiden Sie für sich selbst, ob das „Ja" oder das „Nein" Ihre gewöhnliche Art des Handelns oder Fühlens am besten beschreibt, indem Sie entweder um das „Ja" oder um das „Nein" einen Kreis zeichnen. Nur wenn es absolut unmöglich ist, sich zu entscheiden, machen Sie einen Kreis um das „?", aber bitte nur in ganz seltenen Fällen. Antworten Sie bitte schnell und verlieren Sie so wenig Zeit wie möglich bei den einzelnen Fragen. Wir versuchen Ihre erste unmittelbare Reaktion zu erfassen und nicht das Ergebnis einer langen Überlegung! Die Beantwortung des ganzen Fragebogens sollte nicht mehr als einige wenige Minuten dauern. Achten Sie bitte darauf, keine Fragen auszulassen.

Fangen Sie jetzt an, arbeiten Sie schnell und vergessen Sie nicht, jede Frage zu beantworten. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Dies ist keine Prüfung der Intelligenz oder anderer Fähigkeiten, sondern lediglich eine Feststellung einiger gewöhnlich von Ihnen bevorzugten oder gewohnten Verhaltensweisen.

Copyright by Verlag für Psychologie · Dr. C. J. Hogrefe Göttingen, 1959.
Nachdruck und jegliche Art Vervielfältigung verboten.

1. Sind Sie am glücklichsten, wenn Sie in eine Aufgabe verwickelt werden, die schnelles Handeln verlangt?	ja	?	nein
2. Sind Sie manchmal ohne Grund abwechselnd fröhlich und traurig?	ja	?	nein
3. Wandern Ihre Gedanken oft umher, wenn Sie versuchen, sich zu konzentrieren?	ja	?	nein
4. Machen Sie gewöhnlich den Anfang, wenn Sie neue Bekannte gewinnen?	ja	?	nein
5. Pflegen Sie schnell und sicher zu handeln?	ja	?	nein
6. Sind Sie leicht in Gedanken verloren, wenn Sie an einer Unterhaltung teilnehmen sollten?	ja	?	nein
7. Fühlen Sie, daß Sie manchmal vor Energie überschäumen und das andere Mal träge und langsam sind?	ja	?	nein
8. Halten Sie sich für einen lebhaften Menschen?	ja	?	nein
9. Wären Sie sehr unglücklich, wenn Sie auf häufigen geselligen Verkehr verzichten müßten?	ja	?	nein
10. Sind Sie leicht verstimmt?	ja	?	nein
11. Wechselt Ihre Stimmung oft mit oder ohne ersichtlichen Grund?	ja	?	nein
12. Ziehen Sie das Handeln dem Pläneschmieden vor?	ja	?	nein
13. Träumen Sie tagsüber oft von Dingen, die doch nicht verwirklicht werden?	ja	?	nein
14. Halten Sie sich bei gesellschaftlichen Verpflichtungen lieber im Hintergrund auf?	ja	?	nein
15. Grübeln Sie viel über Ihre Vergangenheit nach?	ja	?	nein
16. Fällt es Ihnen schwer, selbst in einer ungezwungenen Gesellschaft richtig aus sich herauszugehen?	ja	?	nein

17. Haben Sie manchmal ohne Grund ein „miserables“ Gefühl?	ja	?	nein
18. Neigen Sie zu einer übermäßigen Gewissenhaftigkeit?	ja	?	nein
19. Kommt es oft vor, daß Sie einen Entschluß zu spät fassen?	ja	?	nein
20. Haben Sie gerne die Gesellschaft anderer Menschen?	ja	?	nein
21. Haben Sie vor lauter Sorgen oft schlaflose Nächte?	ja	?	nein
22. Beschränken Sie Ihren Bekanntenkreis gerne auf einige Auserwählte?	ja	?	nein
23. Haben Sie leicht Schuldgefühle?	ja	?	nein
24. Betrachten Sie Ihre Arbeit jemals als eine todernste Angelegenheit?	ja	?	nein
25. Sind Ihre Gefühle leicht verletzt?	ja	?	nein
26. Haben Sie gerne viele gesellschaftliche Pflichten?	ja	?	nein
27. Glauben Sie von sich selbst, daß Sie besonders nervös und innerlich gespannt sind?	ja	?	nein
28. Übernehmen Sie bei gemeinsamen Aktionen gerne die Führung?	ja	?	nein
29. Fühlen Sie sich oft einsam?	ja	?	nein
30. Sind Sie in der Gegenwart des anderen Geschlechts leicht schüchtern?	ja	?	nein
31. Versenken Sie sich gerne in Träumereien?	ja	?	nein
32. Haben Sie fast immer eine passende Antwort auf Bemerkungen, die an Sie gerichtet sind?	ja	?	nein
33. Denken Sie viel über gute Zeiten nach, die Sie in der Vergangenheit gehabt haben?	ja	?	nein

34. Würden Sie sich selbst als unbekümmert und sorglos bezeichnen? ja ? nein

35. Haben Sie oft und ohne besonderen Grund ein Gefühl der Teilnahmslosigkeit und Müdigkeit? ja ? nein

36. Neigen Sie dazu, sich in Gesellschaft schweigsam zu verhalten? ja ? nein

37. Denken Sie nach einer brenzlichen und kritischen Situation gewöhnlich, daß Sie etwas hätten tun sollen, was Sie unterlassen haben? ja ? nein

38. Können Sie sich in einer vergnügten Gesellschaft meistens ungezwungen und unbeschwert auslassen? ja ? nein

39. Kommen Ihnen so viele Gedanken in den Sinn, daß Sie nicht einschlafen können? ja ? nein

40. Haben Sie Arbeiten gerne, die eine konzentrierte Aufmerksamkeit auf Details erfordern? ja ? nein

41. Sind Sie je durch unnütze Gedanken belästigt worden, die immer wieder durch Ihren Kopf gehen? ja ? nein

42. Tun Sie Ihre Arbeit als etwas Gewohnheitsmäßiges, Selbstverständliches, nicht besonders Aufregendes? ja ? nein

43. Sind Sie in manchen Dingen empfindsam? ja ? nein

44. Halten andere Leute Sie für lebhaft? ja ? nein

45. Haben Sie oft eine schlechte, unzufriedene Laune? ja ? nein

46. Bezeichnen Sie sich selbst als gesprächig? ja ? nein

47. Erleben Sie Perioden von solcher Unruhe, daß Sie nicht lange auf einem Stuhl sitzen können? ja ? nein

48. Spielen Sie anderen Leuten gerne mal einen kleinen Streich? ja ? nein

-MMQ-

2., verbesserte Auflage

COPYRIGHT BY VERLAG FÜR PSYCHOLOGIE · DR. C. J. HOGREFE · GÖTTINGEN

Nachdruck und jegliche Art Vervielfältigung verboten

Instruktion

Lesen Sie diese Fragen bitte genau durch und unterstreichen Sie entweder das „Ja“ oder das „Nein“, wie es gerade für Sie zutrifft. Bitte beantworten Sie jede Nummer. Lassen Sie keine aus.

1.	Mir wird gelegentlich schwindlig	Ja	Nein
2.	Ich habe mitunter Geldsorgen	Ja	Nein
3.	Ab und zu verliere ich meine Geduld und werde wütend	Ja	Nein
4.	Manchmal kriege ich Herzklopfen	Ja	Nein
5.	Des öfteren konnte ich wegen Krankheit nicht zur Schule oder zur Arbeit gehen	Ja	Nein
6.	Ich bekomme leicht Lampenfieber, werde leicht aufgeregt, etwa wenn ich etwas aufsagen oder vortragen muß	Ja	Nein
7.	Ich erzürne mich manchmal	Ja	Nein
8.	Es fällt mir schwer, Unbekannte anzusprechen oder mich mit ihnen zu unterhalten	Ja	Nein
9.	Hin und wieder gebe ich ein wenig an (schneide ich ein wenig auf und übertreibe)	Ja	Nein
10.	Bei manchen Gelegenheiten fange ich an zu stottern	Ja	Nein
11.	Wenn ich etwas falsch gemacht oder Unangenehmes erlebt habe, muß ich noch lange daran denken	Ja	Nein
12.	Ich bin ziemlich nervös, zappelig oder fahrig	Ja	Nein
13.	Manchmal komme ich zu spät zu einer Verabredung, zur Schule oder zur Arbeit	Ja	Nein
14.	Ich fühle mich leicht verletzt oder beleidigt	Ja	Nein
15.	Ab und zu erzähle ich gern eine kleine Lüge	Ja	Nein
16.	Bei festlichen Veranstaltungen halte ich mich gewöhnlich zurück, versuche, nicht aufzufallen, bleibe ruhig und sage nicht viel	Ja	Nein
17.	Gelegentlich zittere ich oder habe Schüttelanfälle	Ja	Nein
18.	Gelegentlich rede, klatsche oder tratsche ich über andere	Ja	Nein
19.	Ich bin ziemlich reizbar, werde leicht wütend	Ja	Nein

20.	Ich muß oft über etwas nachgrübeln, so daß ich nicht schlafen kann	Ja	Nein
21.	Ab und zu lache ich über einen unanständigen Witz	Ja	Nein
22.	Wenn ich daran denke, daß ich Unglück oder Pech haben könnte, werde ich unruhig und aufgeregt	Ja	Nein
23.	Ich gewinne viel lieber im Spiel, als daß ich verliere	Ja	Nein
24.	Ich bin übertrieben scheu und schüchtern	Ja	Nein
25.	Unter den Leuten, die ich kenne, sind einige, die ich nicht ausstehen kann, nicht leiden mag	Ja	Nein
26.	Ich träume tagsüber mehr als für mich gut ist	Ja	Nein
27.	Ich habe manchmal versucht, im Bus oder in der Straßenbahn zu fahren, ohne zu bezahlen, wenn ich wußte, daß es keiner merken würde	Ja	Nein
28.	Ich glaube, daß ich weniger lebendig oder lebhaft bin als andere Menschen	Ja	Nein
29.	Ich lerne gern bedeutende und wichtige Menschen kennen, weil ich mir dann wichtiger vorkomme oder glaube, daß andere mich für bedeutender halten	Ja	Nein
30.	Manchmal habe ich Herzschmerzen	Ja	Nein
31.	Ab und zu fallen mir Gedanken ein, die andere Leute nicht wissen dürfen	Ja	Nein
32.	Manchmal habe ich Alpdrücken, ich träume dann so schlecht, daß ich Angst habe oder gar aufwache	Ja	Nein
33.	Ich spreche manchmal über Dinge, von denen ich nichts verstehe	Ja	Nein
34.	Ich mache mir Sorgen um meine Gesundheit	Ja	Nein
35.	Ich habe ein paar Mal nachtgewandelt, ich bin dann im Schlafe aufgestanden oder gar umhergegangen	Ja	Nein
36.	Ich schwitze oft auch ohne Anstrengung und Arbeit	Ja	Nein
37.	Manchmal schiebe ich etwas auf, was ich sofort tun sollte	Ja	Nein
38.	Es fällt mir meist schwer, Freunde zu gewinnen	Ja	Nein
39.	Meine Tischmanieren sind zu Hause weniger gut (gepflegt) als in Gesellschaft	Ja	Nein
40.	Meine Gedanken wandern oft so umher, daß ich nicht mehr weiß, was ich tue	Ja	Nein

41.	Wenn ich wüßte, daß ich damit Erfolg haben würde, würde ich ein Gesuch zur Herabsetzung meiner Einkommensteuer einreichen, auch wenn es nicht ganz gerechtfertigt wäre	Ja	Nein
42.	In manchen Dingen bin ich sehr empfindlich, leicht verletzt oder beleidigt	Ja	Nein
43.	Ich bin oft unzufrieden	Ja	Nein
44.	Manchmal habe ich ein Versprechen gebrochen, weil es zu schwer war, es zu halten	Ja	Nein
45.	Oft fühle ich mich einfach miserabel, hundeelend oder furchtbar schlecht	Ja	Nein
46.	Ich leide unter Schlaflosigkeit	Ja	Nein
47.	Manchmal schnappe ich nach Luft (kurzatmig), auch wenn ich keine schwere Arbeit verrichtet habe	Ja	Nein
48.	Ich bin leicht verlegen oder ängstlich in Gegenwart von Erwachsenen, Lehrern oder Vorgesetzten	Ja	Nein
49.	Ich leide unter schweren Kopfschmerzen	Ja	Nein
50.	Es tut mir manchmal überall weh	Ja	Nein
51.	Ich werde leicht aufgeregt, unruhig oder ängstlich in Aufzügen, Tunnels und in der Bahn	Ja	Nein
52.	Ich habe kein Selbstvertrauen, und traue mir wenig zu	Ja	Nein
53.	Ab und zu habe ich Durchfall	Ja	Nein
54.	Ich leide an Unterlegenheitsgefühl, ich denke oft, daß ich weniger kann und wert bin als die anderen	Ja	Nein
55.	Ich habe es „mit den Nerven", fühle mich den alltäglichen Belastungen nicht gewachsen	Ja	Nein
56.	Vor einiger Zeit hatte ich einen Nervenzusammenbruch	Ja	Nein

"Depressions-Index" nach POPOFF

Patient

Alter

Datum

☐ männlich
☐ weiblich

Bitte in jeder Gruppe von Aussagen nur diejenige ankreuzen, die Ihrem Gefühlszustand während der letzten Zeit am besten entspricht.

1 ☐
Mir macht alles Muhe
Ich bin voller Energie
Vielleicht werde ich nur älter

2 ☐
Ich habe eine Menge Schwung
Ich werde leicht müde
Ich bin immer müde

3 ☐
Es geht immer im gleichen Trott
Es sieht gar nicht gut aus
Ich bin in einer erfreulichen Lage

4 ☐
Ich habe nicht mehr viel zu erwarten
Ich habe noch sehr viel vor
Ich schlage mich eben so durch

5 ☐
Ich stehe früh gern auf
Ich muß mich morgens immer zusammenreißen
Mir bangt vor jedem neuen Tag

6 ☐
Ich fühle mich beim Aufstehen nicht ausgeruht
Ich habe in letzter Zeit immer schlecht geschlafen
Ich schlafe gut und bin ausgeruht

7 ☐
Ich esse in letzter Zeit nicht immer richtig
Mir schmeckt das Essen
Das Essen schmeckt nicht mehr wie früher

8 ☐
Sex macht mir Vergnügen
Manchmal bin ich zu müde für Sex
Mein Interesse an Sex hat in letzter Zeit nachgelassen

9 ☐
Ich muß mich zu meiner Arbeit überwinden
Ich habe wenig Ehrgeiz
Ich bin ehrgeizig

10 ☐
Ich habe in letzter Zeit keine rechte Lust etwas zu tun
Es macht mir Freude, eine Menge Dinge zu tun
Ich gehe selten aus, weil ich zu müde bin

11 ☐
Alles läuft gut
Manchmal geht alles schief
Seit einiger Zeit will mir nichts mehr recht gelingen

12 ☐
Wenn es mir besser ginge, könnte ich mehr leisten
Manchmal kann ich nichts ordentlich tun
Es geht alles nach Wunsch

13 ☐
Ich bin deprimiert
Ich bin recht glücklich
Ich lasse mich durch nichts deprimieren

14 ☐
Ich bin mit meinen Leistungen zufrieden
Jeder glaubt es besser machen zu können
Meine Leistungen sind nicht mehr so gut wie früher

15 ☐
Manchmal würde ich am liebsten aufgeben
Ich genieße das Leben
Ich kämpfe gegen meine Mutlosigkeit

Herrn Priv.-Doz. Dr. med. H.-J. Pusch danke ich sehr herzlich für die Überlassung des Themas und für die stets freundliche Unterstützung bei der Abfassung dieser Arbeit.

LEBENSLAUF

Am 19. März 1945 wurde ich als Sohn des praktischen Arztes Dr. Erhard Marx und dessen Ehefrau Gertrud, geb. Hammer, in Ulbersdorf/Sachsen geboren. Nach dem Besuch der Volksschule trat ich im Sommer 1959 in die Goethe-Oberschule in Sebnitz/Sachsen ein. Im August 1961 übersiedelte ich mit meinen Eltern und meiner Schwester nach Donaustauf/Bayern. In Regensburg legte ich 1967 das Abitur ab. Nach einem Semester Studium der Naturwissenschaften in Erlangen nahm ich zum Sommersemester 1968 das Studium der Humanmedizin an der Universität Würzburg auf. Hier bestand ich im August 1975 die ärztliche Prüfung. Als Medizinalassistent arbeitete ich an der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg und im Kreiskrankenhaus Kitzingen. Daran anschließend leistete ich den Grundwehrdienst bei der Bundeswehr ab. Zur Zeit arbeite ich als Assistenzarzt im Kreiskrankenhaus Kitzingen.

Thomas Marx

RÖDER-DRUCK · WÜRZBURG